

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

582

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juillet 1899 à 9 heures

PAR

Pierre DANIS

DE L'EMPLOI

DU

Ballon de Champetier de Ribes

A LA

CLINIQUE BAUDELOCQUE

(1^{er} Juillet 1888 au 1^{er} Janvier 1899)

Président : M. PINARD, professeur

Juges : MM. { LEPAGE
VARNIER } agrégés
WALLICH }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

No
582

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juillet 1899 à 9 heures

PAR

Pierre DANIS

DE L'EMPLOI

DU

Ballon de Champetier de Ribes

A LA

CLINIQUE BAUDELOCQUE

(1^{er} Juillet 1888 au 1^{er} Janvier 1899)

Président : M. PINARD, professeur

Juges : MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{LEPAGE} \\ \text{VARNIER} \\ \text{WALLICH} \end{array} \right\}$ agrégés

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1899

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR ÉDOUARD DANIS

Médecin de l'Hospice d'Aliénés de St-Nicolas-du-Port (Meurthe-et-Moselle)

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL DANIS

Directeur-Médecin en chef des Asiles Départementaux d'Aliénés

A MA MÈRE CHÉRIE

Témoignage d'affection et de reconnaissance

A MES PARENTS

AU DOCTEUR G. LEPAGE

Professeur agrégé
Accoucheur de l'Hôpital de la Pitié

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Il est, au seuil de la vie médicale, une coutume qu'il faut conserver et bénir ; elle unit les disciples aux Maîtres. Je n'aurais donc garde d'y manquer, car elle permet de donner publiquement une marque de reconnaissance à ceux qui nous guidèrent et nous furent particulièrement bienveillants pendant le cours de nos études.

A Broussais et à la Charité, pendant près de deux ans, M. le Docteur Campenon, nous a honoré de sa particulière bienveillance : nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici notre profonde gratitude. A ses côtés nous avons appris à faire l'examen méthodique du malade qui lui vaut cette sûreté bien connue du diagnostic chirurgical.

M. le Docteur Faisans, médecin de l'Hôpital de la Pitié et M. le Docteur Duflocq nous ont enseigné la clinique médicale.

M. le Docteur Moizard, médecin à l'hôpital des Enfants Malades, avec son habituelle bienveillance, nous a familiarisé, dans son service des « douteux »,

avec les difficultés du diagnostic chez les enfants.

A MM. les Docteurs Ribemont-Dessaignes (Beaujon) et Lepage (Pitié), nous sommes redevables de nos connaissances particulières en obstétrique.

Tous nos remerciements et notre profonde reconnaissance sont dus à M. Lepage qui nous a aidé dans ce travail, sans compter ni son temps ni ses conseils.

M. le Professeur Pinard a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous lui en exprimons notre profonde reconnaissance. Il a en outre mis, avec la plus grande obligeance, à notre entière disposition les observations recueillies dans son service et qui servent de base à ce travail.

INTRODUCTION ET DIVISION DU SUJET

Le ballon qui porte le nom de son inventeur M. le D^r Champetier de Ribes, accoucheur de l'Hôtel-Dieu (annexe) est devenu d'un usage courant dans la pratique obstétricale. Jusqu'à ce jour aucun relevé complet n'a été fait sur la manière dont il s'est comporté dans les circonstances si variées de la clinique où il trouve son emploi. Et comme les théories, les méthodes, les procédés n'ont de valeur que s'ils sont contrôlés par l'expérience et sanctionnés par les résultats, nous pensons faire œuvre utile et pratique en recherchant si réellement et dans quelle mesure le ballon Champetier de Ribes remplit le but qu'on attendait de lui.

Relever tous les cas où il a été employé dans les maternités et les différents services d'accouchement de Paris aurait donné inutilement à notre travail une étendue par trop considérable.

Nous avons borné nos recherches aux seules observations dans lesquelles on en a fait usage à la clinique Baudelocque depuis qu'elle fonctionne : 1^{er} juillet 1889 au 1^{er} janvier 1899. L'emploi que l'on en fait est très fréquent, nos observations portent donc sur un

nombre de cas suffisants pour avoir le droit d'en tirer des conclusions valables. De plus, la méthode suivie est toujours la même ; les observations sont relevées avec le grand soin, ce qui nous fait espérer que notre travail pourra être de quelque utilité.

Ce n'est pas sans intention que nous avons choisi précisément le service de M. le professeur Pinard pour y relever nos observations. C'est qu'en effet si M. Champetier de Ribes a inventé le ballon qui porte son nom, c'est M. le professeur Pinard qui, le premier, en fit usage sur les malades de son service, si bien que M. Champetier dans son mémoire (1) écrivait : « sans lui (M. Pinard) je serais réduit à un petit nombre de faits, et ce travail ne serait guère plus avancé qu'il y a 10 ans. »

Nos recherches ont porté sur le seul ballon Champetier. Nous n'établirons donc aucun parallèle entre lui et les autres agents de dilatation dont dispose l'arsenal obstétrical.

Après quelques mots sur l'historique et la description du ballon de M. Champetier de Ribes, nous ferons le relevé de tous les cas où l'on en fit usage à la clinique Baudelocque, depuis le premier juillet 1889 jusqu'au premier janvier 1899. Nous classerons les observations dans l'ordre suivant.

I^{re} Partie, avortements. — Cette catégorie comprend des femmes chez lesquelles, l'œuf étant expulsé

(1) CHAMPETIER, *Annales de gynécologie*, in 1888.

en entier ou non, ou même l'œuf entier étant encore dans l'utérus, il fallait intervenir pour différentes causes : élévation de la température, rétention placentaire occasionnant des hémorrhagies, ou enfin l'état de la mère exigeant que l'on provoque scientifiquement chez elle l'expulsion du fœtus. Nous traiterons donc :

Chapitre I^{er}. — Rétention placentaire.

Chapitre II. — Elévation de la température.

Chapitre III. — Avortement provoqué à cause de l'état général de la mère.

II^e Partie. — Elle a trait à l'accouchement provoqué à cause d'un état particulier de la mère à savoir :

Chapitre I^{er}. — Rétrécissement du Bassin.

Chapitre II. — Troubles cardio-gravidiques.

Chapitre III. — Albuminurie.

Chapitre IV. — Hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta.

III^e Partie. — Il s'agit de femmes chez lesquelles on est intervenu alors qu'elles ne présentaient que quelques-uns des phénomènes du travail, et cela d'une façon si peu marquée qu'en réalité il était fort difficile de savoir si la femme était réellement en travail, ou si on a provoqué chez elle l'accouchement.

IV^e Partie. — Femmes nettement en travail, chez lesquelles il y avait intérêt à accélérer le travail ou à compléter la dilatation ; on intervint pour :

Chapitre. I — Souffrance du fœtus.

Chapitre. II — Compléter la dilatation.

Chapitre. III — Dilater le bassin mou chez les primipares à parties molles résistantes.

Chapitre IV. — Présentation du siège.

Chapitre V. — Présentation de l'épaule.

Chapitre VI. — Procidence du cordon.

Chapitre VII. — Hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta.

Dans tout le cours des observations que nous rapportons, nous aurons soin de diviser les parturientes en deux catégories.

1° Primipares; 2° Multipares.

Nous ferons d'abord, dans chaque chapitre, le relevé des observations qui s'y rapportent, puis nous indiquerons les résultats obtenus, s'ils sont bons, dans quelle mesure et pourquoi.

HISTORIQUE ET DESCRIPTION DU BALLON CHAMPETIER DE RIBES

C'est dans la gazette médicale de Paris, 23 juin 1888, qu'il faut rechercher la première mention faite du ballon de M. Champetier de Ribes. M. Lefebvre, son interne y rapporte trois observations de l'emploi du ballon. C'était un gros ballon, destiné seulement à provoquer l'accouchement près du terme. Il était de dimensions moindres que les gros ballons actuels ; il ne mesurait que 24 centimètres de circonférence, et pouvait contenir 360 grammes seulement.

On en fit l'essai pour la première fois le 26 avril 1888, version podalique par manœuvres internes fut faite ; les épaules et la tête ont eu quelques difficultés à passer, le col n'étant pas suffisamment dilaté. L'auteur concluait en disant que, avec des ballons plus considérables on pourrait espérer une dilatation plus grande du col.

Six mois plus tard, M. Champetier, dans les annales de gynécologie (décembre 1888) publiait un important mémoire sur son ballon.

Je fus frappé, dit-il, des inconvénients du ballon de mon illustre maître, M. Tarnier, qui ne provoque

pas toujours le travail chez les grandes multipares. Ensuite, étant extensible si le ballon a 4 centimètres par exemple, en pratiquant le toucher immédiatement après son expulsion, on trouve un orifice qui, presque toujours, a des dimensions beaucoup moindres, car il se lamine.

La démonstration peut en être faite par l'expérience suivante : on peut faire passer facilement au travers d'une bague un ballon Tarnier complètement gonflé ayant les dimensions d'un œuf de poule, car le liquide, bien qu'incompressible, trouve une véritable fuite dans l'extensibilité du ballon.

M. Champetier rapporte 18 observations, le ballon a toujours été employé chez des femmes près du terme. « Je propose, dit-il, de transformer l'accouchement provoqué en un accouchement gémellaire dans lequel le premier enfant serait réduit à la tête ». La première observation date du mois d'août 1887 ; elle a été prise dans le service de M. Pinard à Lariboisière.

Le ballon dont se servit M. Champetier dans les 18 observations qu'il rapporte, est celui dont on fait usage aujourd'hui. En voici la description :

Ballon Champetier, grand modèle : Il est constitué par un poche composée de trois parois : la paroi moyenne, faite en tissu de soie mince et souple est destinée à assurer l'inextensibilité de l'appareil ; la paroi interne est en caoutchouc, ce qui le rend imperméable ; quant à la paroi externe, elle est en caoutchouc très lisse, et par conséquent facile à désinfecter.

Ces trois parois sont assez minces pour que, vidé, roulé et pincé, le ballon ne mesure pas plus de 7 centimètres de circonférence et puisse être porté sans violence dans l'utérus à travers le canal cervical non dilaté, et toutefois assez résistantes pour supporter, après distension, sans fléchir et sans se rompre, les pressions de l'utérus en contraction. Dans les 143 cas que nous avons relevé, le ballon n'a cédé que 7 fois, malgré des tractions assez fortes que l'on fait sur lui pour dilater les parties molles résistantes, principalement chez les primipares.

C'est sur ce principe d'inextensibilité que repose sa force de dilatation ; c'est là tout son avantage et ce pourquoi il réussit ; l'eau qu'il contient est incompressible, incompressible aussi l'enveloppe qui la contient.

Le ballon se compose de quatre parties :

1° Le ballon proprement dit, de forme cônica, d'une hauteur de la base à l'origine du tube de 93 centimètres.

La circonférence, à la partie la plus large mesure 31 centimètres.

2° Un tube long de 65 millimètres, d'une forme légèrement cônica, prolonge le ballon ; il mesure dans sa partie la plus étroite 2 centimètres de diamètre. L'axe du ballon et de ce tube forment un angle très obtus, d'environ 135 degrés.

3° Une pièce en caoutchouc durci ayant aussi 2 centimètres de diamètre et 1 centimètre de long.

4° Un tube lui faisant suite, formé d'un caout-

chouc solide, cylindrique, à parois épaisses et résistantes se terminant par un robinet.

La longueur de ce tube est telle qu'il fait une saillie notable hors de la valve quand le ballon est en place dans le segment inférieur de l'utérus.

Lorsqu'on injecte 640 grammes de liquide, ce qui représente sa capacité totale, ce ballon prend une circonférence à peu près irréductible de 33 centimètres ; avec 540 grammes cette circonférence n'est plus que de 27 centimètres ; avec 440 grammes elle mesure encore 28 centimètres ; ce qui permet de produire à volonté et suivant des cas une dilatation de 33, 27 ou 32 centimètres.

Pour porter dans l'utérus le ballon vide et plié, il est utile d'avoir une pince « ad hoc ». Cette pince a une longueur totale de 30 centimètres environ ; elle est à légère courbure antéro-postérieure, à mors fenêtrés, courbés sur le plat et interceptant entre eux, lorsque la pince est fermée, un espace fusiforme très allongé, qui permet au ballon de se loger lorsqu'il est plié.

L'articulation est à 15 centimètres des mors ; elle est construite sur le type de la pince à faux germes de Pajot ce qui permet de séparer et de retirer isolément chaque branche après la mise en place de l'appareil.

Le ballon vide, roulé et pincé mesure une circonférence de 70 millimètres. Voy. Fig. 1, Page 17.

Pendant quelque temps, seul ce gros ballon fut employé et seulement pour provoquer l'accouchement

dans les bassins rétrécis. Cependant la pratique de chaque jour se chargea bien vite d'apprendre les multiples applications de ce puissant dilata-teur en dehors même de la pratique, surannée aujourd'hui, de l'intervention par l'accouchement prématuré provo-qué dans les rétrécissements du bassin ; on devait penser tout naturellement à utiliser le ballon dilata-teur incompressible, non plus seulement sur l'utérus à terme ou près du terme, mais aussi dans les pre-miers mois de la gestation, chaque fois qu'il devien-drait nécessaire et urgent de provoquer la dilatation de l'orifice utérin. Se servir dans ce but du ballon gros modèle que nous venons de décrire et qui pro-duit une dilatation capable de laisser passer une tête de fœtus à terme, n'eût pas été rationnel ; c'est aux ballons Champetier petit modèle que ce rôle fut dé-volu ; ce sont également de puissants dilata-teurs, mais moins volumineux et destinés, non pas à rem-placer les gros ballons, mais à remplir d'autres indi-cations.

M. Walliche, dans la « Revue pratique d'Obsté-trique et de pédiatrie » (Nov. Déc. 1896) leur a con-sacré un chapitre. Nous lui empruntons en grande partie leur description.

Les petits ballons Champetier de Ribes sont de deux sortes :

1° *Le ballon petit modèle*, qui représente à sa base lorsqu'il est complètement gonflé, à peu près les di-mensions d'une pièce de 5 fr., sa forme est conique et présente les dimensions suivantes :

La circonférence la plus large mesure 155 millimètres.

Le sommet du cône, abouché dans le tube a 25 millimètres de circonférence.

La hauteur du ballon de la base du cône au sommet est de 50 millimètres.

Le tube mince et sans robinet, destiné à être lié ou fermé avec une pince, présente les dimensions d'une sonde uréthrale d'homme et mesure environ 270 millimètres de longueur.

Enfin, la capacité de ce ballon est environ de 40 grammes. Voy. Fig. 3. Page 17.

Vide, roulé et pincé, c'est-à-dire, prêt à être introduit, il mesure une circonférence de 55 millimètres environ.

Le ballon moyen modèle est plus volumineux ; la dilatation qu'il est capable de produire est comme une paume de main.

La forme est également conique et présente les dimensions suivantes :

La circonférence la plus large est de 245 à 250 millimètres.

La hauteur de la base au sommet du cône mesure 90 millimètres.

Le tube, mince et sans robinet présente aussi les dimensions d'une sonde uréthrale d'homme.

Lorsqu'il est vide, roulé et pincé, il a une circonférence de 63 millimètres, sa contenance est de 250 grammes.

La pince introductrice pour ces ballons est la



Fig. I.



Fig. II.



Fig. III.

Fig. I. Le ballon grand modèle, plié et roulé en cigare, saisi dans les mors de la pince, prêt à être introduit.

Fig. II. Pince introductrice du petit ballon.

Fig. III. Ballon petit modèle distendu.

même que pour le grand modèle, mais elle plus petite. Celle qui est employée pour le petit ballon n'est pas fenêtrée vu ses faibles dimensions (Fig. 2. Page 17).

Actuellement, on dispose donc de trois types de ballons : le gros, le moyen et le petit. Tous sont construits sur le même principe, mais répondent à des indications différentes, ainsi que nous le verrons dans le cours de ce travail.

Les chiffres que nous avons donnés comme contenance respective de chaque ballon n'ont pas, en pratique une aussi rigoureuse exactitude. Ils peuvent varier de quelques grammes en plus ou en moins, il est donc nécessaire de jauger le ballon avant de s'en servir. Du même coup on fait l'essai du ballon. Pour cela, une fois le ballon rempli de liquide, on pousse fortement le piston de la seringue ; de cette façon on s'assure que le ballon n'éclatera pas s'il est soumis à une certaine pression. Recueillez ensuite et mesurez la quantité de liquide que le ballon peut contenir, vous saurez exactement de cette façon la quantité de liquide qu'il faut injecter dans le ballon pour avoir une dilatation maxima. Connaissant ainsi la contenance exacte du ballon, vous pourrez agir d'une façon mathématique dans la manœuvre du gonflement et du dégonflement du ballon.

M. Collin, à l'obligeance duquel nous devons les clichés reproduisant le ballon, a construit un jeu de ballons de 6 grandeurs différentes :

Diamètre 12 cm. contenant 500 gr.

—	8	—	200
—	7	—	150
—	6	—	100
—	4	—	40
—	3	—	20

Avant de se servir du ballon, il faut qu'il soit savonné et brossé avec soin, puis plongé une heure ou deux avant son emploi dans un liquide antiseptique. A cet effet, on fait usage à la clinique Baudelocque d'une solution de bi-iodure à 1 pour 2 000. Quant au liquide à injecter dans le ballon, on se sert de la solution de bi-iodure très étendue d'eau ou même simplement d'eau stérilisée.

La pince introductrice sera nécessairement stérilisée ou tout au moins flambée.

PREMIÈRE PARTIE

AVORTEMENTS

CHAPITRE PREMIER

Rétention placentaire.

OBSERVATION I

Année 1896. — N° 664. La nommée L. G..., âgée de 20 ans, *Primipare*. D. R., du 18 au 20 novembre 1895.

Le 13 mars apparition de douleurs ; la malade aurait fait une chute dans les escaliers (?)

Le 14. Douleurs plus violentes, hémorrhagie plus considérable. A minuit, expulsion d'un fœtus mort. Du 15 au 19 mars la température oscille entre 38° et 39° ; injections vaginales d'eau boriquée et sublimée.

Le 19 mars, à son entrée au service, à 5 heures du soir, T° = 38° 3. P. = 120 Les lochies sont fétides. On introduit un ballon Champetier petit modèle. A partir du soir, les contractions sont assez fortes. A 8 heures 30 minutes le ballon est dans le vagin.

Anesthésie chloroformique et extraction du placenta

contenu dans l'utérus. Irrigation utérine prolongée.
Les jours suivants T° normale.

OBSERVATION II

Année 1896. — N° 1223 (Voy. Fonctionnement 96).
M. B..., âgée de 22 ans.

1 pare. D. R., 8 mars. Elle a eu du 5 au 14 juillet des hémorrhagies. A son entrée le 16 juillet à 5 heures du soir la femme dit avoir expulsé le 14 juillet un fœtus mort. Elle a été soignée par une sage-femme et un médecin. A 3 heures du soir T° = 38° 2.

A 7 heures du soir le 16 juillet, M. Bouffe introduit un ballon Champetier moyen modèle. Pendant la nuit, la femme a quelques douleurs ; elles augmentent à partir de 4 heures du matin.

A 8 heures 30 du matin le 17 juillet, le ballon est dans le vagin ; il se produit une hémorrhagie. — Délivrance artificielle sous chloroforme. Injection intra-utérine. Frisson après la délivrance. — Le 19 juillet T° soir = 38° 5. Injection de sérum de Marmoreck. Les jours suivant température normale.

OBSERVATION III

Année 1898. — N° 1295 quater. M. E..., 32 ans, femme de chambre, primipare. Les dernières règles sont du 1^{er} mai. Le 23 juillet, vers 9 heures du matin, la malade dit avoir eu des douleurs dans le ventre. A 6 heures du soir, elle perd de l'eau et du sang tout de

suite après. Elle perd du sang toute la nuit. On appelle une sage-femme qui dit que le premier temps de l'avortement étant accompli, il faut attendre. Le lendemain soir, comme elle continuait à souffrir, on l'envoie à la clinique.

Elle est transportée à l'isolement à 10 heures 45 du soir, le 26 juillet, car il s'écoule par la vulve un liquide fétide. A l'examen on constate que le col est ouvert et permet l'introduction d'un doigt. On chloroforme la femme; M. Baudron essaie de faire la délivrance; il enlève seulement une partie du placenta, le reste est très adhérent dans la corne.

Introduction du ballon Champetier petit modèle, après son extraction, il peut facilement terminer la délivrance T° maxima 38° le 2° jour.

OBSERVATION IV

1891. — N° 189. L. S..., 35 ans, cuisinière, VII pare; D. R., du 28 septembre au 4 octobre 90. A eu une perte de sang le 31 décembre. Elle entre à la clinique le 23 janvier, disant avoir expulsé le 16 un embryon. Elle ne perd pas de sang.

Le 27 janvier, légère perte de sang.

Le 9 février, 10 h. 1/2 du soir hémorrhagie assez abondante arrêtée avec des injections vaginales chaudes. La malade est amenée à la salle de travail pour y être surveillée.

A 1 heure du matin, le 10 février, nouvelle perte de sang; la malade est pâle, le pouls petit. A 1 h. 1/4 M. Potocki introduit le ballon Champetier moyen modèle dans lequel il introduit 250 gr. de liquide. L'hé-

morrhagie s'arrête immédiatement. Le toucher avait fait constater au préalable un orifice utérin assez perméable pour qu'un doigt rencontre à 5 centimètre de l'orifice externe un cotylédon placentaire.

A 4 heures du matin douleurs, et à 8 heures expulsion spontanée du ballon. Injection vaginale chaude. A 8 h. 1/4 M. Potocki trouve une dilatation comme 2 fr. et le placenta qui s'engage à travers l'orifice. Mais une hémorrhagie se produit, on chloroformise la femme, délivrance artificielle avec 2 doigts; elle est pénible et dure 20 minutes. 50 gr. de placenta sont extraits. Injection intra-utérine au bi-iodure très abondante; sortie en très bon état le 18 février.

OBSERVATION V (inédite.)

1897. — N° 899. — L. A..., XI pare, âgée de 41 ans, D. R., fin février. Rien de particulier à noter depuis. Elle entre le 21 mai.

Le 4 mai, la femme est surmenée, frotte les parquets. Elle perd tout à coup une certaine quantité d'eau, puis un peu de sang.

Elle rentre chez elle, modérément incommodée et peut même déjeuner comme à l'ordinaire. Une heure après, état nauséux, vomissements, puis état syncopal.

Elle s'alite et le lendemain 5 mai, elle expulse un fœtus qui a été trouvé parmi les caillots par une sage-femme. Elle expulse ensuite spontanément quelques fragments de placenta. La sage-femme qui l'a assistée lui prescrit des injections phéniquées. Chacune de ces injections ramène chaque jour des débris placentaires en petite quantité.

Le 14 mai, dix jours après l'expulsion du fœtus, la femme reprend son travail sans être incommodée.

Le 15 mai elle fait une lessive qui dure deux jours et la fatigue beaucoup.

Le 19 mai, hémorrhagie excessivement abondante qui continue les jours suivants ; une sage-femme appelée ordonne le séjour au lit, supprime les injections et trouvant le placenta dans le col ordonne du seigle ergoté.

L'hémorrhagie est toujours très abondante.

19 et 20 mai, 2 paquets de seigle ergoté.

Le 21, un médecin appelé ordonne du sulfate de quinine et conseille l'entrée à Baudelocque.

Ces divers médicaments n'ont pas été tolérés par l'estomac et furent rejetés aussitôt après leur absorption.

A son entrée le 21 mai, on constate que l'utérus est à moitié de distance de l'ombilic et du pubis, col complètement effacé, légèrement tétanisé, admettant deux doigts. On sent facilement le placenta adhérent en grande partie.

Le 22 mai, M. Pinard tente la délivrance par extraction digitale. Il faut pénétrer la main dans le vagin, deux doigts pénètrent dans la cavité utérine, l'orifice est résistant par suite de la tétanisation de l'organe.

Le placenta est décollé en partie, quelques fragments en sont extraits (poids 20 gr.) Le placenta est adhérent surtout au niveau de la corne droite.

A 11 heures, M. Pinard introduit un ballon Champetier petit modèle. La femme est reconduite à son lit. Les contractions douloureuses ne se produisent qu'à 5 heures du soir. A 6 heures, on trouve le ballon dans le vagin et quelques caillots dans le col. Un doigt, puis deux sont introduits mais difficilement dans la cavité utérine où on trouve le placenta adhérent dans la corne

droite. On extrait ainsi deux portions de placenta de 20 gr. puis quelques lambeaux.

Injection intra-utérine immédiatement après.

Poids total du placenta 40 à 50 gr.

T° maxima, 38° le 24 mai.

OBSERVATION VI

1897. — N° 2229, H. M..., III pare, âgée de 27 ans, D. R., du 20 au 14 septembre, entre au dortoir le 10 décembre.

Le 13 octobre et le 8 novembre, pendant 24 heures, perte d'eau roussâtre. Le 27 novembre, contusion de l'abdomen. Le 28, fortes douleurs dans le ventre, fièvre. Du 3 au 13 décembre, perte de sang en petite quantité.

Le 14 décembre, pendant que l'on donne une injection à la femme, elle expulse un fœtus sans le placenta.

Le 16, on amène la femme dans la salle de travail à 1 heure du soir, et M. Baudron lui introduit dans l'utérus le ballon Champetier petit modèle. P = 116 ; T°, 38°.

Le 17, P = 100 ; T° 38°, 1.

Le samedi 18 à 4 heures du matin le pouls est à 120, la femme perd un peu de sang, le ballon est expulsé ; le toucher ne permet d'introduire qu'un doigt dans l'utérus. Le placenta entièrement décollé ne peut être saisi qu'avec une pince ; il en reste deux petits morceaux ; l'un est extrait avec le doigt, l'autre est entraîné par le liquide de l'injection intra-utérine. A 5 h. du matin T° 37 ; P. 104.

OBSERVATION VII

1895. — N° 1771. E. Lev..., 26 ans ; II pare, D. R., du 5 au 8 juin. Le 1^{er} août, chute d'un escabeau. Plusieurs jours après, étant assise, elle est prise subitement de violentes douleurs avec forte hémorrhagie. Depuis cette époque chaque jour elle a eu de petites pertes de sang.

Le 10 novembre, à 1 heure du matin, elle est prise de vives douleurs qui durent 1 heure environ puis la femme s'endort jusqu'à 6 heures. Elle se lève pour aller sur le vase, et sans nouvelle douleur expulse, sans le sentir, un fœtus mort.

On l'amène à la clinique à 8 heures du matin. Un cordon grêle sort de la vulve. Le col est fermé relevant dans l'intérieur de l'utérus toute la masse placentaire. Elle ne perd pas de sang.

Bien que la femme n'ait pas de température que l'écoulement ne soit pas fétide, M. Pinard introduit un ballon Champetier petit modèle (70 grammes) à 11 h. 1/2 du matin le 11 novembre.

A 5 h, 1/2 en pratiquant le toucher, on trouve que le ballon est flasque.

A 7 heures M^{lle} Roze injecte un peu de liquide.

Douleurs assez fréquentes de dix heures à minuit. Le col est toujours long et dur.

De minuit à 6 heures, plus de douleurs. A 6 heures douleurs assez fortes, mais le col reste dans le même état, le ballon reste élevé.

A 9 heures M^{elle} Rôze retire 20 gr. de liquide du ballon. A partir de ce moment, les contractions de-

viennent fréquentes et énergiques ; le ballon s'engage et est extrait à 10 heures 1/2.

Délivrance artificielle ; le placenta pèse 110 gr., le fœtus, macéré 155 gr. Suites de couches normales.

OBSERVATION VIII

1895. — N° 1253. La nommée M. D... XII pare ; femme ayant un rétrécissement du bassin ; symphyséotomisée en 1894. — D. R. du 23 au 27 avril. Elle entre à Baudelocque le 29 juillet. Avortement de 3 mois fait en ville. L'utérus serait sorti des organes génitaux au moment de l'expulsion du fœtus. (?)

La délivrance n'est pas faite. T° le soir = 39°. Le 30 juillet M. Pinard décide de provoquer l'expulsion du placenta. Les lochies sont fétides. A midi, introduction du petit ballon Champetier de Ribes. A 9 heures du soir, M. Wallich retire le ballon qui est dans le vagin, et la femme étant chloroformisée, extrait le placenta avec les doigts. T° maxima = 37°6.

OBSERVATION IX

1896. — N° 668 (Voy. Fonctionnement 96. P. 93.). P. R..., VI pare. Trois accouchements à terme ; le 4° à 7 mois ; un avortement à 6 semaines.

Amenée à la clinique le 19 avril à 7 heures 30 du soir. D. R. du 20 au 22 février. On n'a aucun renseignement. L'état général est très grave : Collapsus. T° 37°8 ; le pouls très faible est à 48.

Le placenta est en partie engagé dans le col qui ne

permet pas l'introduction de deux doigts. Introduction du ballon Champetier de Ribes petit modèle. A ce moment, la malade a une syncope. Injection de 250 gr. de sérum artificiel, suivie d'un frisson. Injection de 20 gr. de sérum antistreptococcique. A minuit $T^{\circ} = 38^{\circ}$.

Le 20 à 4 heures du matin 100 gr. de sérum salin. A 6 heures sérum de Marmoreck. A 9 heures 30 on extrait le ballon et un fragment de placenta très fétide. Injection intra-utérine. Sérum salin et antistreptococcique de même les 21, 22, et 23 où l'on pratique le curettage qui amène peu de débris. Mort de la femme le 4 à 8 heures 30 du matin.

Autopsie. Enterite dysenteriforme du gros intestin ; dégénérescence parenchymateuse du foie et des reins ; toutes lésions caractéristiques de l'empoisonnement par le sublimé. On apprend en effet que la femme s'était fait plusieurs injections avec de la liqueur de Van Swieten.

Le ballon Champetier de Ribes a été employé 9 fois à la clinique Baudelocque du 1^{er} juillet 1889 au 1^{er} janvier 1899 pour permettre au placenta retenu dans l'utérus d'être évacué.

Dans les 3 observations relatives à des primipares, l'état du col permit d'introduire d'emblée le ballon. Dans l'observation II l'avortement s'étant fait au 4^e mois, c'est le ballon moyen modèle qui fut employé.

L'observation VII (2^e pare) nous montre que le travail étant resté stationnaire un certain temps, il suffit de retirer un peu de liquide du ballon (20 gr.) pour voir aussitôt les contractions devenir énergiques, le ballon s'engager et être extrait une heure après.

Ce fut au bout de 3 h. 1/2 que le ballon fut extrait le plus rapidement ; le plus longtemps qu'il demeura

dans l'utérus fut 39 heures. On obtient pour ces 9 observations un temps moyen de moins de 12 heures.

Dans tous ces cas la dilatation était suffisante pour permettre l'introduction digitale allant à la recherche du placenta adhérent à la cavité utérine.

CHAPITRE II

TEMPÉRATURE

OBSERVATION X

1895. — N° 1012. La nommée A. F..., âgée de 30 ans, II pare ; D. R... du 26 au 30 janvier 95, elle est amenée d'Issy par une sage-femme.

Depuis le 2 juin, elle a perdu de l'eau, la sage-femme appelée à cette époque, ne constata pas de début de de travail. Le 16 juin elle perd un peu de sang, mais n'a pas de contractions utérines ; on lui ordonne le repos. Le 18 juin, en faisant sa toilette, elle s'aperçoit de l'issue d'une anse de cordon ; médecin et sage-femme appelés, ne constatant pas de début de travail, attendent 2 jours et l'envoient à la clinique Baudelocque le 21 juin. Elle y arrive à 8 h. 41 minutes du matin.

Le cordon est dans le vagin, sans battements. Le col est long ; pas de contractions utérines.

M. Pinard introduit, à 11 heures du matin, un petit ballon Champetier d'une contenance de 60 gr.

Aussitôt les contractions apparaissent, et se succèdent d'une façon ininterrompue. La durée de la période de dilatation a été de 3 heures 10 minutes ; à 5 heures

15 minutes on trouve une procidence d'un bras, on abaisse le pied; extraction d'un fœtus, du sexe féminin; il est macéré et pèse 430 gr.

T°, après la délivrance = 39°; P. = 100, le lendemain et les jours suivants T° normale.

OBSERVATION XI

1893. — N° 1057. R. femme B., 32 ans, journalière, III pare. D. R., ?? depuis le début probable de la grossesse (fin février), plusieurs hémorrhagies abondantes, quelques-unes coïncident avec l'époque des règles. La dernière perte fut le 18 juin.

Elle entre le 24 juin perdant abondamment de l'eau depuis le 21.

Le 23 les bruits du cœur sont nettement perçus par M. Pinard.

Le 26 M. Bouffe ne les perçoit plus.

Le 27 juin au soir, T° = 38°1. La femme est transportée dans la salle de travail. On constate que le cordon fait saillie hors de la vulve. A 9 heures du soir, introduction d'un ballon Champetier petit modèle que l'on gonfle avec 70 gr. d'eau phéniquée. La parturiente a des contractions peu intenses environ toutes les 10 minutes. Vers minuit les contractions s'espacent davantage et cessent complètement vers 2 heures du matin.

Le toucher fait sentir le ballon dégonflé, dans l'orifice externe. La température est normale : 36°9. On extrait le ballon. Mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

A 9 heures 10 du matin introduction d'un nouveau ballon Champetier avec 60 gr. d'eau phéniquée.

A 9 h. 30 minutes du soir, expulsion du ballon suivie

immédiatement de l'expulsion du fœtus se présentant par le siège. Sexe féminin ; poids 275 grammes, suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XII

1895. — N° 1660. La nommée X... IV pare. Ses trois premières grossesses se sont terminées par des avortements de 6 semaines à 2 mois. Grossesse actuelle : D. R... du 14 au 17 juillet. A son entrée, T° 39°.

Le 13 octobre à 1 heure du matin cette femme fut prise de douleurs internes et d'une hémorrhagie abondante provoquant une syncope.

Dans la nuit du 14 au 15, elle a un frisson intense.

Le 15 au matin, T° = 38°6 ; céphalée, délire : la femme est transportée à la clinique le 15 octobre dans la soirée à 8 heures 30 minutes du soir, introduction d'un ballon Champetier petit modèle gonflé avec 40 gr. de liquide. Pas de contractions.

A 10 heures 30 min., M. Varnier injecte un peu plus de liquide ; quelques contractions dans la nuit. A 7 heures du matin, le 16 octobre réintroduction de liquide ; les contractions sont plus fortes mais rares. Le 16 à 10 heures 30 du matin, le ballon est extrait facilement. L'orifice est assez dilaté pour introduire les doigts et extraire l'œuf qui est décollé.

Curettage après l'extraction. Œuf clair. — Le 16 octobre T° le soir = 38°. Injection intra utérine. Le 17 octobre le soir T° = 38°4. Les jours suivants, la température reste normale.

OBSERVATION XIII

1897. — N° 725. (Voy. Fonctionnement 1897. P. 16)
G. A..., âgée de 27 ans. Il pare, entre le 22 avril à 8 h. 45
du soir. D. R., du 5 au 10 décembre. Les membranes
sont rompues depuis le 17 avril.

A son entrée : céphalée, contractions utérines fré-
quentes. T° = 39°3 ; P. 116. Le col est long, fermé ; il se
fait par la vulve un écoulement sanguinolent.

Le 23 le col a perdu une partie de sa longueur ; le li-
quide qui s'écoule est fétide. A 4 heures du soir,
T° = 38°6 ; le pouls est à 118. — Introduction du ballon
Tarnier à 7 heures 25 du soir. La femme est prise d'un
frisson qui dure 20 minutes. La température atteint 41° ;
P. à 132.

A 10 heures on retire le ballon Tarnier et on intro-
duit un ballon Champetier de 160 gr., qui est gonflé à
son maximum, T° = 38°2 ; P. 132.

Le 24 à 5 heures du matin. T° = 36 ; P. = 100 ; pas de
modification du col, bien que les contractions soient assez
fréquentes et intermittentes.

A 7 heures 30 on retire 35 gr. de liquide et on fait de
légères tractions pour engager le ballon. Il s'écoule du
liquide très fétide. A 9 heures du matin, frissons répétés.
T° = 39°4 ; P. 104 petit, mou. Enfin les contractions
deviennent plus intenses et fréquentes. A 2 heures du
soir, expulsion du ballon.

Le fœtus est dans le vagin. On l'extrait. Fille de
390 gr. qui mesure 24 cent. de longueur. Après l'expul-
sion, T° = 37°6. P. 104. Le lendemain soir T° = 38°.
P. 108. Injection intra utérine et T° normale les jours
suivants.

OBSERVATION XIV (*Inédite*) (1).

1892. — N° 1058. C. C..., 39 ans, blanchisseuse, VI pare. D. R., du 18 au 22 février. Le 17 juillet les membranes se rompent, procidence du cordon, l'anse sort de la vulve, col long. Cette femme vient à la consultation, les choses en cet état, le 18 juillet à 2 h. du soir. On veut la garder, mais elle refuse, ayant absolument besoin de retourner chez elle. Elle revient dans le service à 10 h. du soir. Antisepsie rigoureuse. La température est normale.

Introduction du ballon Tarnier par M. Pinard le 19 juillet à 11 h. du matin.

A 6 h. 1/2 du soir, le ballon Tarnier est extrait n'ayant déterminé aucune douleur, seulement une certaine perméabilité du col, laquelle a permis l'introduction du ballon Champetier (moyen modèle) à 6 h. 1/2 du soir. A partir de 9 h. 1/2 les contractions deviennent douloureuses. Expulsion du ballon Champetier à 10 h. 45 soir; 10 h. 47 expulsion du fœtus, du sexe féminin, pesant 330 grammes.

Ces cinq observations ont toutes trait à des multi-

(1) Nous rangeons dans ce chapitre cette observation, bien que la malade, au moment de l'intervention n'aie pas présenté d'élévation de température; mais les membranes étant rompues depuis 2 j. 1/2, le cordon faisant procidence, cette femme n'ayant pris chez elle aucun soin antiseptique, on est intervenu avant que l'infection ait eu le temps de se faire.

pares. Malgré cela (Obs. XIII et XIV) chez une II pare et une VI pare, l'état du col, long et fermé, ne permit pas l'introduction d'emblée du ballon Champetier moyen modèle. Comme agent dilatateur préalable on fit l'emploi du ballon Tarnier. Dans l'observation XIV son rôle s'est du reste borné là ; étant demeuré 7 heures en place, « il n'a provoqué aucune douleur, mais seulement une « certaine perméabilité du col permettant d'introduire le « ballon Champetier. »

Le ballon demanda pour être extrait 3 h. 10, temps minimum et 16 h. temps maximum ; la moyenne obtenue est de 9 h.

Dans quatre cas, l'expulsion du fœtus suivit immédiatement celle du ballon ; dans le 3^e cas (Obs. XII) l'œuf entièrement décollé fut extrait avec les doigts.

L'enseignement suivant nous est donné par l'observation XIII : le ballon une fois introduit fut gonflé au maximum ; le sommet du cône formé par le ballon ne venant pas appuyer sur l'orifice du col ; le ballon alors n'agit plus que comme corps étranger excitant par sa présence l'utérus qui se contracte d'une façon intermittente et forte, mais pendant 9 h. il reste ainsi en place sans amener, du côté du col, aucune modification. On retire alors 33 grammes de liquide et on fait de légères tractions sur le ballon de façon à ce qu'il vienne mieux appuyer sur le segment inférieur et s'engage dans le col comme un coin : immédiatement les contractions deviennent plus fréquentes et plus intenses et 6 h. 1/2 après cette double manœuvre, ballon et fœtus sont extraits l'un derrière l'autre.

CHAPITRE III

AVORTEMENTS PROVOQUÉS A CAUSE DE L'ÉTAT GÉNÉRAL DE LA MÈRE

§ I. — Vomissements incoercibles.

OBSERVATION XV

1893. — N° 1083. (Fonctionnement 93. P. 12.) La nommée B..., III pare, entre le 14 juin. — Sa 2^e grossesse en 1888 s'est terminée par un avortement à 4 mois, après avoir présenté des vomissements, des crachements de sang, de la dyspnée. En 1894, néphrite, albuminurie, étouffements, maux de tête. On fait à cette époque le diagnostic d'endocardite.

Grossesse actuelle : D. R., 16 avril. — Le 1^{er} juillet cette femme a de la cyanose ; le cœur a des battements irréguliers ; œdème généralisé. Devant un état aussi inquiétant M. Pinard se décide à intervenir. Introduction du ballon Tarnier ; quelques contractions douloureuses se produisent mais disparaissent bientôt. Un peu plus tard on constate que le ballon a éclaté.

On introduit un second ballon Tarnier distendu avec 40 grammes de liquide. Contractions pendant toute la

nuit. Le 2 juillet à plusieurs reprises en pratiquant le toucher, on sent que le ballon tient, et on laisse les choses en cet état.

A 1 h. du matin, le 3 juillet, le ballon est expulsé spontanément. Immédiatement on introduit un ballon Champetier de Ribes, petit modèle, que l'on distend avec 60 grammes de liquide.

Les contractions deviennent ensuite très énergiques et continuent ainsi jusqu'à 1 h. du soir (3 juillet) heure à laquelle le ballon et l'œuf entier, du poids de 150 gr., sont expulsés.

La dyspnée ne s'améliore pas ; persistance de la cyanose. Quelques jours après, les symptômes s'aggravent encore. Le 9 juillet sur la demande expresse de la femme et du mari, elle quitte le service. Morte quelques jours après chez elle.

OBSERVATION XVI

1896. — N° 1883 (Voy. Fonctionnement 96. P. 17). La nommée L. L..., âgée de 27 ans, IV pare, entre au dortoir le 16 octobre. D. R. : du 10 au 15 avril. Lors de ses premières grossesses, elle fut prise de vomissements qui cessèrent avec l'expulsion du fœtus.

A son entrée, elle pèse 58 kilog. 400 ; pendant les jours qui suivent, elle continue à maigrir d'une façon considérable. Régime lacté, képhir ; malgré un traitement des plus sévères, les vomissements persistent ; le ventre est ballonné, les anses intestinales se dessinent sur la paroi de l'abdomen.

Le 29 octobre, l'état général empirant encore,

M. Pinard se décide à intervenir. Le poulx est imperceptible, les extrémités froides, le facies grippé.

A midi, on introduit le petit ballon Champetier. Au bout d'une heure apparaissent quelques douleurs peu intenses et peu fréquentes.

A 3 h. 30, expulsion du ballon ; l'œuf fait saillie à l'orifice vulvaire, et est expulsé en entier à 4 h. 15. Injection intra utérine. Plus de vomissements. P. : 133, puis, à 7 h., état moins mauvais. Jusqu'au 3 novembre, régime lacté, plus de vomissements. Le 4, la malade, trompant la surveillance, mange, elle vomit de nouveau, elle sort, refusant de continuer le régime lacté. T° maxima 37°6.

§ II. — Albuminurie.

OBSERVATION XVII

1895. — N° 1845 (Voy. Fonctionnement 95. P. 14). La nommée S. II pare, 25 ans, D. R. fin avril, entre le 22 novembre. L'enfant est vivant et se présente en O.I.D.T. Elle a une quantité énorme d'albumine ; son état général est très grave. P. = 128 ; T° : 38° 2.

A 9 heures du soir, M. Bouffe introduit, dans l'utérus, un ballon Champetier, d'une contenance de 140 gr., la femme étant anesthésiée. Les membranes se rompent accidentellement. Liquide amniotique assez abondant, normal.

Dans la nuit, on cesse de percevoir les bruits du cœur. La malade, très agitée, pousse des cris. On lui fait prendre du chloral et du képhir.

Le 23 novembre, à 9 heures du matin, expulsion du

ballon. On voit, immédiatement après lui, sortir du vagin, le cordon, puis la tête. Après l'expulsion du fœtus, la malade est plus calme.

A 1 heure du matin, le placenta étant adhérent, délivrance artificielle très sanglante. Le fœtus mort pèse 870 gr.

Le lendemain, 8 gr. d'albumine ; les maux de tête sont plus supportables. Le régime lacté est continué. Le 4 décembre, la malade quitte le service en très bon état.

§ III. — Cardiaque.

OBSERVATION XVIII

1895. — N° 1083. B..., III pare. 1^o accouchement, en 1887, à terme, spontané par le sommet. Durant cette première grossesse, elle a eu des vomissements, des crachements de sang et des étouffements. — 2^o grossesse en 1888, fausse couche de 4 mois ; mêmes accidents pendant cette grossesse que lors de la première, elle est longtemps à se remettre et reste souffrante jusqu'à la fin de 89. Santé bonne jusqu'en 94, en mars, où elle a une néphrite aiguë (maux de tête, douleurs épigastriques, œdèmes, albuminurie) un médecin diagnostique la maladie mitrale.

Grossesse actuelle : En 95, 3^o grossesse. D. R., du 16 au 20 avril. Les vomissements se montrent de bonne heure ; salivation extrêmement abondante ; étouffements.

Elle entre au dortoir le 14 juin 95. On constate à l'examen : téguments d'une pâleur marquée ; pas d'œ-

dème des membres inférieurs ; bouffissure légère de la face et de la face dorsale des mains.

A l'auscultation, on est frappé de l'irrégularité des battements du cœur. Après quelques révolutions précipitées, le cœur cesse de battre quelques secondes, puis reprend sa course. Le pouls reflète ces irrégularités ; il est petit ; parfois l'impulsion vasculaire manque : le cœur fait un « faux pas ».

Râles de congestion dans les deux poumons, surtout à gauche.

Le foie, douloureux à la palpation, déborde les fausses côtes de deux bons travers de doigts.

Le 29 et le 30 juin, l'œdème, partant des membres inférieurs, se généralise jusqu'à la partie supérieure du corps.

Le 1^{er} juillet, M. Pinard introduit un ballon Tarnier, ne pouvant introduire d'emblée un ballon Champetier petit modèle, en raison de l'orifice interne qu'il ne veut forcer.

Quelques contractions se produisent, qui cessent bientôt : le ballon a éclaté. On tente l'introduction d'un petit ballon Champetier, mais on y renonce pour les mêmes raisons.

Introduction d'un deuxième ballon Tarnier avec, environ, 40 gr. de liquide. Toute la nuit la malade a des douleurs.

Le 2 juillet, on constate que le ballon tient et l'on attend.

A 1 heure du matin, le 3 juillet, le ballon Tarnier est expulsé spontanément. Introduction immédiate d'un petit ballon Champetier d'une contenance de 60 gr. Quelque temps après, les contractions surviennent très énergiques durant ainsi jusqu'à 1 heure de l'après-midi du 3 juillet,

heure à laquelle l'œuf entier du poids de 150 gr. est expulsé.

Malgré cela, l'état général reste aussi mauvais, elle part 6 jours après, sur sa demande et celle de son mari. Etat général très grave; ascite, anasarque augmentant de plus en plus.

§ IV. — **Femme rachitique au bassin profondément vicié refusant une intervention à terme ou près du terme.**

OBSERVATION XIX

1895. — N° 1480. (Voy, Fonctionnement 1895. P. 13.) H. S..., 24 ans, primipare. Femme rachitique; taille 1^m10. D. R., du 9 au 14 mai 1895. Diamètre promonto-sous-pubien 79 millim.

Sur son refus formel d'une opération césarienne ou d'une intervention à terme ou près du terme, M. Varnier provoque l'accouchement.

Le 11 on introduit dans le col une tige de laminaire; le 12, 2 tiges accouplées. Un tampon vaginal les maintient.

Le 13 septembre on anesthésie la femme au chloroforme et M. Varnier introduit à 11 heures du matin un petit ballon Champetier que l'on distend avec 40 gr. de liquide antiseptique. Dans la soirée cette femme éprouve quelques douleurs insignifiantes. A 7 heures du soir, au toucher, on constate que le ballon tient. Le col est encore long mais ramolli.

A 9 h. 1/2 du soir la femme éprouve le besoin de pousser; le ballon, non dégonflé, est dans le vagin; on

l'extrait. L'œuf est engagé dans l'orifice largement dilaté. A 9 h. 45 expulsion de l'œuf entier. Le fœtus ne fait pas de mouvements, mais on voit nettement les battements du cordon. L'œuf entier pèse 380 grammes. Suites de couches absolument physiologiques.

§ V. — Phénomènes de compression graves dus à surdistention de l'utérus.

OBSERVATION XX (1).

1896. — N° 1013. (Voy. Fonctionnement 96. P. 17). La nommée L. M..., âgée de 28 ans II pare; 1^o acch^t. en 1887 normal.

Grossesse actuelle, père différent. D. R., du 1^{er} au 8 octobre 95. Cette femme a souffert du ventre et a constaté qu'il grossissait beaucoup. A son entrée le 3 juin 96 à 10 h. du matin, face amaigrie, teint jaunâtre, dyspnée intense, P. = 128. Hauteur de l'utérus : 44 cent. Hydramnios considérable, col mou, largement perméable. — Diagnostic par le palper et le toucher : grossesse double avec hydropisie de l'un des deux œufs.

M. Pinard décide de provoquer l'accouchement. A midi 45, introduction du ballon Champetier petit modèle de 35 grammes. A 2 h., la femme n'a pas de douleurs ; le ballon est dans le vagin. Introduction d'un nouveau ballon de 130 gr.

A 5 h. 45, ce second ballon qui est dans le vagin, est retiré. La dilatation est comme 5 fr. T° = 38°2. P. = 128.

(1) Bien que, d'après la date de ses dernières règles, cette femme aurait été enceinte de 8 mois, nous la rangeons au chapitre *avortement*, en raison du petit volume des fœtus contenus dans l'utérus et qui n'étaient pas viables : 550 gr. et 960 gr.

La femme a quelques douleurs. A 6 h. 45, la dilatation est complète, la poche des eaux est plate, on la rompt avec une pince. — Forceps ; garçon vivant de 550 gr.

Une deuxième poche volumineuse se rompt et donne issue à 8 litres de liquide. Forceps ; 2^e garçon vivant de 960 gr. Injection de caféine. Suites de couches : 37°6 le 3^e jour. L'état général de la femme devient rapidement excellent.

CONSIDÉRATIONS

Les enseignements qui se dégagent de ces 6 observations sont multiples :

En premier lieu il ne faut user d'aucune violence pour introduire le ballon ; le col est-il résistant, gardez-vous de forcer ses orifices ; il faut au préalable se servir d'un agent de dilatation, qui prépare la voie, pour que l'on puisse ensuite faire pénétrer le ballon dans l'utérus : ballon Tarnier (Obs. 15), tiges de laminaires (Obs. 20) ; les bougies de Hégar rempliraient le même but.

Le ballon Champetier détermine *toujours* l'avortement, et cela dans un temps relativement très court, puisque la moyenne est de 9 heures 15 minutes.

Une seule fois (Obs. 17), la rupture des membranes fut accidentellement occasionnée par l'introduction du ballon.

Il faut proportionner la grosseur du ballon à la dilatation que l'on veut produire ; et s'il s'agit (Obs. 20) d'une grossesse assez avancée, il faut prendre des ballons moyens modèles dont la capacité est assez grande pour qu'à l'issue du ballon la voie soit libre.

Enfin l'emploi du ballon Champetier pour provoquer l'avortement est d'une innocuité absolue pour la mère. Ainsi dans l'observation 21, où des raisons particulières firent provoquer l'avortement chez une femme dont l'état général était bon, dont le fœtus était dans de bonnes conditions de vitalité, en 10 heures l'œuf entier fut expulsé, et chez cette femme les suites de couches furent entièrement physiologiques.

DEUXIÈME PARTIE

Provocation de l'accouchement.

CHAPITRE PREMIER

Accouchements provoqués pour rétrécissement du bassin.

OBSERVATION XXI

Fidèle à notre plan qui est de relever tous les cas dans lesquels le ballon Champetier fut employé à la clinique Baudelocque, nous consacrerons un chapitre à l'accouchement provoqué au moyen du ballon Champetier pour rétrécissement du bassin.

Nous n'en publierons pas les observations en détail, nous contentant de renvoyer le lecteur aux annales de gynécologie de 1891 ainsi qu'à la clinique obstétricale de M. Pinard (1), où elles sont publiées. C'est dans ce dernier travail que nous avons puisé tous les renseignements qui nous permettent de constater quels furent les résultats de l'emploi du ballon dans ce cas particulier.

Les observations portent de 1889 à 1891, époque à laquelle, aux accouchements provoqués pour rétrécisse-

(1) A. Pinard. Clinique obstétricale. A. Steinheil. Paris, 1889.

ment du bassin, succéda si heureusement la symphyséotomie.

Pendant cette période, le ballon Champetier fut employé 31 fois ; les observations peuvent se répartir de la façon suivante :

A. Primipares, 16 fois, dont.

(1) ballon Champetier seul 4

(2) ballons Tarnier, puis Champetier. 12

B. Multipares, 15 fois dont :

(1) ballon Champetier 12

(2) ballons Tarnier, puis Champetier . 3

A. Primipares. — 1) Ballon Champetier d'emblée
4 cas.

Le temps écoulé depuis l'introduction du ballon jusqu'à son expulsion varie entre 3 h. et 12 h. La moyenne obtenue est 7 h. 15 minutes.

La rupture des membranes ne fut jamais produite par l'introduction du ballon ; dans un cas on les rompit artificiellement avant d'introduire le ballon.

La dilatation était toujours complète lors de l'expulsion du ballon, hormis un cas (N° 70. — Voy. Clinique de Pinard) où elle mit 3 h. 1/2 à se compléter, tout en étant presque complète à l'issue du ballon.

Les résultats obtenus furent les suivants :

4 enfants vivants : 2 extraits spontanément par le sommet ; 1 spontanément par le siège ; 1 enfin fut extrait par le forceps.

Primipares 2) Ballon Tarnier puis ballon Champetier,
12 cas.

Le col résistant, ne permettant pas d'introduire d'emblée le gros ballon Champetier, on plaça le ballon Tarnier pour le rendre suffisamment perméable. Les petits ballons Champetier n'existaient pas à cette époque. Le ballon Tarnier fut expulsé au bout d'un temps variant entre 1 h. 15, et 26 heures ; la moyenne est 9 heures.

8 fois le ballon Champetier fut introduit immédiatement après le ballon Tarnier ; dans les autres cas seulement au bout de 1 heure, 2 heures, 6 heures et 14 heures, le travail n'ayant aucune tendance à se continuer.

La rupture des membranes se produisit une seule fois accidentellement à l'introduction du ballon. Dans les autres cas on fit la rupture artificielle à D. C.

La dilatation était toujours complète à la sortie du ballon.

Les résultats obtenus furent les suivants :

8 enfants vivants,

4 enfants morts.

ils naquirent de la façon suivante :

6 accouchements spontanés = 6 enfants vivants.

3 forceps = 1 enfant mort ; 1 mourut quelques minutes après ; 1 mort-né.

2 versions = 1 enfant vivant ; 1 enfant mort, trois tentatives infructueuses de forceps avaient été tentées au préalable, 1 basiotripsie.

B. *Multipares* 1) *Ballon Champetier d'emblée.*

Nous en avons relevé 12 cas.

Le ballon extrait dans un temps variant entre 3 heures et 27 heures 1/2 après son introduction : en moyenne au bout de 10 heures.

La dilatation était complète à l'issue du ballon, sauf dans deux cas où elle n'eut lieu que 6 heures après.

Les membranes, dans un cas étaient rompues avant l'introduction du ballon ; une fois l'introduction du ballon en fut la cause accidentelle.

Les résultats obtenus furent les suivants :

7 enfants vivants.

5 enfants morts.

L'accouchement se termina spontanément 5 fois et les 5 enfants vécurent.

3 sièges = 1 enfant vivant ; 1 mort le lendemain,
1 mort le 11^e jour.

2 versions = 1 enfant vivant ; 1 mort le 10^e jour.

1 forceps = mort quelques minutes après.

1 basiotripsie, après 3 tentatives de forceps sans résultat.

Multipares 2) *Ballon Tarnier puis Ballon Champetier,*
3 cas.

Le ballon Tarnier fut expulsé après un temps variant entre 1 h. 35 minutes et 23 heures. Soit en moyenne au bout de 9 heures.

Le ballon Champetier fut placé dans ces trois cas respectivement 2 heures, 3 heures, 7 heures 1/2 et 11 heures 30, après l'issue du ballon Tarnier le travail n'ayant pas de tendance à se continuer.

Le ballon Champetier fut expulsé au bout d'un temps variant entre 3 heures 30 minutes et 7 heures 30 minutes. Soit en moyenne 6 heures.

La dilatation était complète à l'issue du ballon ; les membranes furent rompues artificiellement à ce moment.

Ses résultats obtenus furent les suivants :

2 enfants vivants.

1 enfant mort.

1 accouchement spontané.

1 forceps.

1 basiotripsie.

Le ballon Champetier fut employé d'emblée chez quelques primipares et chez la plupart des multipares.

Chez ces femmes le col était facilement perméable, et permit d'introduire *sous anesthésie*, facilement, sans violence et presque sans douleur la pierre armée de son ballon.

Chez les quelques multipares et chez les primipares, dont le canal cervical n'était pas perméable, le ballon Tarnier préalablement introduit permit à son issue au ballon Champetier d'être introduit facilement et sans douleur.

La lenteur du travail dans plusieurs de ces observations tient à ce que le ballon gonflé au maximum

restait comme suspendu, arrêté par le rétrécissement, et n'appuyait plus sur l'utérus d'une façon efficace : on enleva une certaine quantité de liquide pour permettre au ballon de franchir le rétrécissement, seulement on réinjecta le liquide enlevé, et dès lors le travail marcha régulièrement et rapidement.

APPENDICE

Au chapitre des accouchements provoqués pour rétrécissement du bassin, nous ajoutons quatre observations relevées dans le fonctionnement de 1892. Elles ont trait à l'accouchement provoqué pour rétrécissement du bassin, suivi de symphyséotomie.

Frappé du grand nombre d'enfants morts que l'on obtenait en les faisant venir au monde prématurément, M. le Professeur Pinard provoqua l'accouchement le plus près possible du terme ayant recours à l'agrandissement momentané du bassin pour extraire le fœtus qui alors était en disproportion avec la filiaire maternelle qu'il avait à parcourir.

Ces observations marquent pour ainsi dire la période transitoire des premiers essais timides encore devant amener à la rénovation brillante de la symphyséotomie en France.

OBSERVATION LII (1)

1892. — N° 150. La femme F. B..., 32 ans, II pare, son premier accouchement à terme fut fait à la mater-

(1) Ce fut la première symphyséotomie pratiquée en France depuis fort longtemps.

nité ; présentation de l'épaule, procidence du cordon, enfant mort et macéré. Embryotomie rachidienne.

Grossesse actuelle. D. R., du 1^{er} au 6 mai 1801.

Bassin canaliculé. Diam: P. S. P. = 9,7. Le 3 février 1892. Hydramnios, fœtus mobile volumineux se présentant par le siège. Le palper mensurateur dénote une disproportion considérable. A 7 h. 1/2 du soir, introduction d'emblée d'un gros ballon Champetier, presque distendu au maximum. A minuit 1/4 la dilatation est complète et l'expulsion du ballon est imminente.

A minuit 30, chloroforme ; extraction du ballon ; poche des eaux intacte. Vaines tentatives de version par manœuvres externes. A minuit 50, symphyséotomie ; rupture des membranes, extractions par le siège d'un fœtus du poids de 3350 gr. mesurant 52 cent.

Il est en état de mort apparente mais ne tarde pas à être ranimé par de simples frictions et à crier.

Enfant mort 3 jours après d'hémorrhagie méningée. Mère sortie en bon état.

OBSERVATION LIII.

1892. — N° 384. La nommée S. P..., 30 ans IV pare, 1^{er} accouchement en 87 à terme, enfant mort-né.; 2^e accouchement en 1888, prématuré à 8 mois, enfant mort 3 jours après ; 3^e accouchement 1890, à terme, forceps, enfant mort 15 jours après.

Grossesse actuelle. — D. R., 30 juin au 2 juillet 1891: — Le 20 février 1892 : Présentation du siège, version par manœuvres externes, application de la ceinture, angle sacro vertébral 9 cent.

Le 21 mars, à 10 h. 50 du matin, introduction du ballon Tarnier, expulsion à 1 heure du soir après quelques petites douleurs. L'orifice interne et externe sont perméables comme 2 fr. Pendant les contractions, les membranes tombent dans l'orifice. Dans la soirée, les douleurs deviennent rares, et il y a rétrocession du travail.

Le 23 mars, à 5 h. du matin, introduction d'un gros ballon Champetier, dans lequel on injecte d'abord 300 gr. de liquide.

A 8 h. 10 du matin, on distend le ballon presque à son maximum. A 8 h. 20 la dilatation est comme 5 fr.

A 11 h. du matin, la dilatation est complète; on extrait le ballon qui mesure 31 cent. de circonférence. Poche des eaux intacte, on la rompt artificiellement.

On tente 3 applications de forceps infructueuses, puis symphyséotomie, extraction d'un garçon vivant, du poids de 2730 gr. mis en couveuse. Le 21 mai il pesait 3750 gr. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION LIV

1892. — N° 609. La femme R..., 26 ans IV pare bassin rachitique annelé. Diam. P . S. P. = 9^e,8.

1^{er} accouchement en 1886, terminé par embryotomie après 2 j. de travail.

2^e accouchement en 1887, provoqué à 8 mois, version à D. C. fille du poids de 2.400 gr. morte le lendemain,

3^e Accouchement en 1890, provoqué à 8 mois, Basiotripsie.

Grossesse Actuelle : D. R., du 3 au 5 août 1891.

Introduction du gros ballon Champetier le 3 mai à

5 h. 40 du matin. On injecte seulement 350 gr. de liquide. Les douleurs deviennent immédiatement fréquentes et fortes. A 10 h. 20 le ballon tend à être expulsé ; on injecte 150 gr. de liquide ; il est alors distendu à son maximum. A 10 h. 30 il est expulsé hors du vagin. La dilatation est complète ; la poche des eaux intacte.

A 11 h. 48, Symphyséotomie. L'enfant, un garçon naît en état de mort apparente, il est ranimé en 2 minutes ; il paraît chétif, pèse 2.130 gr. ; mis en couveuse il meurt de 5 à 6 h. du matin. Poids du cadavre 1950 gr.

Mère sortie en bon état.

OBSERVATION LV

1892. — N° 939. M. F., primipare, 32 ans D. R., du 9 au 12 octobre 91. Siège en G.T. Diam. P.S.P. = 9 c. Le 28 juin à 10 h. 30 du matin, introduction d'un ballon Tarnier ; les douleurs sont très fréquentes. A 6 h. 1/2 du soir, en examinant la femme, on trouve le ballon dans le vagin.

Le 29 juin à 5 1/2 du matin, introduction du ballon Champetier gros modèle ; les membranes se rompent alors accidentellement. On injecte 420 grammes de liquide.

A 9 h. du matin, on retire 60 gr. de liquide.

A 9h. 45 du matin on injecte 80 gr.

A 1 h. 30 du soir 50 gr. de liquide sont retirés.

A 3 h. du soir, on distend le ballon au maximum.

A 7 h. 30 du soir, la dilatation étant toujours la même, c'est-à-dire à peine 5 fr., le ballon n'ayant aucune tendance à s'engager, on retire 150 gr. de liquide, et on fait des tractions sur le ballon pour faire franchir à ce

dernier le rétrécissement du bassin, on le distend ensuite à son maximum.

A 8 h. du soir la dilatation est comme une paume de main.

A 8 h. 25 chloroforme. A 8 h. 35 tractions lentes et soutenues sur le ballon qui est retenu non seulement par le bassin, mais aussi par les parties molles.

A 9 h. 45 min. du soir, extraction du ballon. Après sa sortie, on s'aperçoit qu'il y a une déchirure dans la région clitoridienne, le vagin est également un peu déchiré. On applique des pinces. — Symphyséotomie, à 9 h. 15, forceps. L'enfant du sexe masculin est vivant ; il pèse 2.720 gr.

La mère a eu 39 le 5^e et le 8^e jour. Elle part en bon état. L'enfant au 52^e jour pesait 4.000 gr.

Dans ces quatre observations, on fit usage deux fois du ballon Tarnier pour permettre l'introduction ultérieure du ballon Champetier.

Dans l'observation 53, le ballon introduit à 10 h. 50 du matin est expulsé à 1 heure du soir, donnant une dilatation = à 2 fr., puis le travail rétrocede et on introduit le ballon Champetier le lendemain matin. A 5 ou à 11 heures la dilatation était complète.

Le ballon Tarnier, introduit également en premier lieu chez une primipare, (Obs. 55) mis à 10 h. 30 du matin, est trouvé dans le vagin à 6 h. 1/2 du soir. La dilatation permet le lendemain à 5 h. 30 du matin de placer le gros ballon Champetier, qui n'est extrait du vagin qu'à 9 heures du soir. La lenteur du travail est due ici à des conditions particulières ; il fallut manœu-

vrer le ballon de façon qu'il soit gonflé en partie seulement pour traverser le rétrécissement du bassin. De plus les parties molles maternelles étaient molles et très tendues au point que le ballon sollicité par des tractions ne put être extrait qu'en produisant une déchirure clitoridienne.

Les membranes furent rompues accidentellement précisément dans la précédente observation, et cela sans inconvénients pour le fœtus.

Dans les deux autres observations le ballon Champetier donna voie libre au fœtus en cinq heures. Soit pour ces quatre cas, une moyenne de 11 heures.

Les quatre enfants furent extraits vivants; un mourut le 3^e jour d'hémorrhagie méningée; un autre, chétif mourut deux jours après; à sa naissance il pesait 2130 grammes et son cadavre ne pesait plus que 1950 grammes.

CHAPITRE II

PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT. — TROUBLES CARDIO- GRAVIDIQUES.

OBSERVATION LVI

1892. — N° 506. B. V..., 21 ans primipare, D. R., du 20 au 24 juillet 91. Au commencement de la grossesse vers le deuxième mois, palpitations violentes, défaillances. A cette époque on constate un rétrécissement mitral, un mois après apparurent des hémoptysies très répétées et assez abondantes. La digitaline et le vin iodotannique eurent bientôt raison des hémopytsies, seulement l'état de la malade ne s'améliora point, l'oppression devint bientôt assez intense pour ne pas permettre à la malade la position horizontale. Depuis le mois de février, elle présente de l'albumine dans les urines.

Le 26 mars, elle entre avec 1 gr. 50 cent. d'albumine dans les urines.

Le 11 avril, à 10 heures du matin introduction d'un ballon Tarnier, il provoque quelques contractions utérines mais éclate dans la soirée. Il est retiré du vagin à 6 heures du soir. A 9 heures 1/2 du soir M. Varnier en introduit successivement deux autres sans résultat. On laisse la parturiente jusqu'au lendemain matin.

Le 12 avril introduction d'un ballon Champetier que l'on distend à son maximum (500 gr. de liquide). Les douleurs deviennent fréquentes et assez intenses.

A 10 heures du soir on retire environ 75 gr. de liquide, les douleurs deviennent plus fortes. D. C. à 10 h. 20 minutes du soir. Extraction du ballon à 11 h. 1/2. Rupture artificielle des membranes.

Version par manœuvres internes, fille vivante du poids de 3.550 gr.

Enfant et mère sortis en bon état.

OBSERVATION LVII

1892. — N° 514, M. L., primipare. D. R., du 1^{er} au 5 août 91. Entrée le 12 avril, à 9 et 10 heures du matin. Elle est malade depuis le troisième mois de sa grossesse ; palpitations : on lui donne de la digitale. Depuis trois mois seulement ses jambes ont enflé ; elle a continué à vaquer à ses occupations, en ne se plaignant que de crachements de sang et d'accès de dyspnée.

Il y a 15 jours seulement le D^r Roux qui l'envoie fut appelé une nuit pour un accès de dyspnée très violent accompagné de crachements de sang. Examen des urines, on la met au régime lacté qu'elle ne suit pas. Le 11 avril son état empirant, elle entre à la clinique.

Son amaigrissement est extrême, teint cireux ; aspect d'une tuberculeuse très avancée, dyspnée intense. Pendant deux jours on la met en observation, régime lacté, etc. On ne peut examiner la femme, car elle ne peut rester dans le décubitus dorsal sans étouffer.

Tous les symptômes allant en croissant, accès de dyspnée, tendances aux syncopes, œdème des jambes et de

la main gauche, le 14 avril, M. le chef de Clinique provoque l'accouchement.

On introduit à 10 h. du matin un ballon Champetier. Au moment de l'introduction la poche des eaux se rompt.

A 4 heures du soir les phénomènes de suffocation étant de plus en plus intenses, la respiration n'est entretenue que par inhalation continue d'oxygène. La dilatation n'est que de 2 fr. ; la mort paraît imminente M. Varnier hâte la dilatation en ôtant et en remettant alternativement 100 gr. de liquide, et en faisant des traction 20 minutes la dilatation est complète.

Immédiatement après l'extraction du ballon, issue du cordon sans battements, version par manœuvres internes, extraction d'une fille de 1395 gr. morte déjà depuis quelques heures. La parturiente est un peu soulagée. Inhalations d'oxygène en grande quantité (600 litres dans la nuit du 15). Morte le 16 avril à 3 heures du soir.

OBSERVATION LVIII

1894. — N° 122. La nommée M. P..., âgée de 34 ans, V pare ; D. R., fin juin 1893. A son entrée le 22 janvier 1894 à 3 h. du soir, on constate : pouls filiforme, asystolie complète, respiration haletante, face cyanosée, narines pulvérulentes. Sommet non engagé.

Au toucher, col en arrière, largement perméable ; les membranes sont très tendues ; on fait une saignée de 450 gr.

A 4 h. 45 du soir, introduction du ballon Champetier distendu au maximum (500 gr.) Les membranes se rompent, la femme a des contractions utérines indolores.

L'état général est meilleur. Inhalations permanentes d'oxygène.

A 8 heures 10 m. la dilatation = 5 fr. Contractions utérines assez rares. Toutes les 2 minutes environ, on retire 100 gr. de liquide du ballon sur lequel on exerce des tractions, puis, pendant ce temps, on injecte une quantité de liquide égale à la quantité retirée. La dilatation progressive régulièrement ; elle est presque complète à 8 h. 45.

A 8 h. 57 min., la dilatation est complète et le ballon est expulsé entièrement rempli.

Abaissement du pied droit ; extraction d'un fœtus du sexe féminin ; il naît en état de mort apparente, mais est ranimé facilement sans insufflation.

Le 3 février cette femme est transportée à Necker dans un service de médecine pour soigner son affection cardiaque, elle a succombé quelque temps après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION LIX

1894. — N° 1455. La nommée D. C..., âgée de 35 ans, III pare. D. R., du 21 au 23 décembre 1893, entre à la clinique le 7 septembre 1894 dans l'état suivant : œdème considérable, pleine crise d'asystolie ; elle ne peut se coucher. Depuis 7 mois elle est obligée de rester nuit et jour assise sur un fauteuil. La respiration est courte et difficile, la face violacée. On entend les bruits du cœur du fœtus. Régime lacté ; 0 gr. 10 centigr. de chloralose.

A 8 heures du soir, aggravation de l'état, suffocation considérable. Le cœur bat d'une façon désordonnée. Ap-

plication de 10 ventouses sèches. On décide de pratiquer l'accouchement. Impossible de coucher la femme ; elle est debout à terre ; deux aides la soutiennent sous les bras. Après plusieurs tentatives infructueuses et avec beaucoup de peine, M. Wallich parvient à introduire le ballon Champetier.

Le ballon introduit est gonflé, on installe la femme sur une chaise à dossier droit dont le siège a été garni de taffetas gommé. Quant on veut manœuvrer le ballon, le gonfler ou le dégonfler, on fait remettre la femme debout. Dyspnée et cyanose ; injections d'éther, aucune contraction ne survient.

A minuit dans une manœuvre de dégonflement, le ballon est expulsé. Comme quelques contractions utérines surviennent, on décide d'attendre.

A 6 heures du matin le 8 septembre, la dilatation est complète ; on rompt artificiellement les membranes. Abaissement du pied gauche, extraction d'une fille de 3.020 gr. en état d'apnée et qui est vite ranimée par insufflation.

Aussitôt après l'expulsion, la femme se trouve mieux. Le 19 elle sort en bon état sur sa demande expresse ; l'œdème a disparu totalement et la respiration n'offre plus aucune gêne.

L'état général grave de quatre cardiaques obligea d'interrompre chez elle le cours de la grossesse. Il s'agit de deux primipares près du terme, et de deux multipares, l'une a la fin du 8^e mois, l'autre près du terme.

Chez la primipare de l'observation LVI à 10 heures du matin on introduit un ballon Tarnier qui éclate à 6 heures du soir ; un 2^e et un 3^e ballon sont introduits sans résultat, et le lendemain matin seulement on introduisit un ballon Champetier.

Le ballon Champetier fut expulsé, alors que la dilatation était complète en un temps moyen de 9 heures. 5 heures temps minimum et 15 heures temps maximum. On obtint :

3 Enfants vivants. 1 Enfant mort.

Une femme mourut 6 jours après l'intervention (Obs. LVII) ; une seconde fut transporter à Necker pour y soigner son affection cardiaque, et succomba quelque temps après sa sortie de cet hôpital. Les deux autres mères virent leur état s'améliorer après l'accouchement.

Les membranes furent rompues deux fois accidentellement à l'introduction du ballon.

CHAPITRE II

PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT POUR ALBUMINURIE

OBSERVATION LX

1892. — N° 196. D..., primipare. D. R., 25 juin 91 entre le 28 janvier 1892. Au commencement de novembre à la suite d'un refroidissement, cette femme présente de l'anasarque. — Depuis son entrée malgré le régime lacté sévère, le repos et l'enveloppement dans la laine, l'albumine persiste et reste à 2 gr. M. Pinard décide de provoquer l'accouchement, étant donné l'état général grave de la malade.

Le 13 février, introduction d'un ballon Tarnier à 11 h. 1/2 du matin; à 3 heures du soir le ballon éclate sans avoir produit de dilatation. A 4 heures, introduction d'un second ballon qui éclate aussitôt, alors on en introduit immédiatement un troisième qui éclate à minuit, néanmoins cette femme ressent quelques douleurs jusqu'au 13 février au matin; ce même jour, à 10 heures M. Pinard introduit le ballon Champetier; au moment de son introduction, la rupture des membranes se fait accidentellement. Les douleurs, jusque là insignifiantes, apparaissent à 6 heures du soir; à 9 h. 30 minutes la dilatation est complète. A 9 h. 50 minutes le ballon est dans

le vagin, la femme pousse. L'utérus est constamment dur, le fœtus placé transversalement, tête à gauche, dos en avant. Battements du cœur bons. Chloroforme. Extraction du ballon complètement distendu. Version par manœuvres internes. Un garçon du poids de 1870 gr. naît étonné, mais est ranimé sans insufflation ; il meurt 6 jours après. L'état de la mère après l'accouchement va en s'améliorant de plus en plus.

OBSERVATION LXI

1897. — N° 2.217. (Voy. Fonctionnement 97. P. 84.) S. T., 19 ans, primipare, couturière. Entre le 12 octobre à Baudelocque. D., R. du 10 au 12 mars. Œdème des grandes lèvres. Mouchetures ; régime lacté, purgatifs répétés. Le 9 novembre, l'albumine augmente : 7 gr. Les urines deviennent rares ; l'œdème se généralise, surtout au niveau des organes génitaux.

Le 13, à 11 heures du matin, cet état persistant, M. Pinard introduit dans le col un ballon Champetier de Ribes, petit modèle, contenant 30 gr. de liquide. A partir de 11 heures 30, les contractions surviennent toutes les 3 ou 5 minutes.

A 6 heures du soir le ballon est expulsé. Le col est toujours long, mais légèrement dilatable ; les bruits du cœur sont bons.

Les contractions s'espacent et deviennent moins douloureuses. La nuit, la femme dort et ne souffre plus.

Le 14, à 10 heures 30, M. Pinard introduit un ballon Champetier de 200 grammes. Les contractions reviennent régulières, toutes les 10 minutes.

A 6 heures 30 du soir, expulsion du ballon ; la dilatation est de 5 fr. Les membranes sont tendues.

Le 15 décembre, à 2 heures du matin, la dilatation étant toujours la même, on rompt les membranes en ayant soin de maintenir la tête. L'orifice se referme mais reste dilatable ; la tête s'engage en D. P.

A 7 heures, les douleurs deviennent subintrantes, la dilatation est comme une paume de main.

A 8 heures, expulsion d'un garçon pesant 2.400 gr. qui se met immédiatement à crier. L'enfant part en nourrice le 7 janvier en bon état. La mère est transportée dans le service de M. Charrin, à la Maternité.

OBSERVATION LXII

1899. — N° 692. H..., 36 ans, VI pare, enceinte de 7 mois. Le 7 août à 4 h. du soir est prise d'un accès d'éclampsie, elle tombe dans le coma. Dans la nuit un médecin lui donne, en plusieurs lavements, 8 gr. de chloral, 8 gr. de bromure de sodium, 30 gouttes d'éther. Le 8 on la transporte à la clinique à 1 h. 10 minutes du soir. Elle est toujours dans le coma. L'examen des urines accuse 3 gr. d'albumine par litre. T° 40°.

A 3 heures, M. Boissard introduit un Ballon Champetier. A ce moment la femme est dans un coma profond ; respiration stertoreuse, face cyanosée, insensibilité de la cornée. L'enfant se présente par le siège.

A 4 h. 1/2 la dilatation est comme 5 fr. ; on retire un peu de liquide et on tire sur le ballon pour faire de la dilatation mécanique et forcée. Sous cette influence, l'orifice s'agrandit un peu ; on rompt la poche des eaux ;

abaissement d'un pied. La femme est mourante, mais il semble que l'on perçoit encore les battements du cœur fœtal. Accouchement forcé. L'enfant est mort, il pèse 1380 gr. La femme a succombé 5 heures après l'extraction de la tête dernière.

OBSERVATION LXIII

1895. — N° 195. (Voy. Fonctionnement 95. P. 57.) La nommée V. E..., âgée de 33 ans, V pare. D. R., du 12 au 16 juin. Elle entre le 30 janvier, toussant beaucoup. Elle a de l'oppression depuis un mois. Albumine dans les urines.

Le 2 février, l'état s'aggrave. La dyspnée augmente. Elle a des vomissements. A trois heures du soir, introduction d'un doigt dans le col, et rupture des membranes. On recueille 2.500 gr. de liquide amniotique. Procidence du cordon et de la main, que M^{lle} Roze réduit difficilement car elle ne peut introduire que deux doigts dans le col. Les bruits du cœur, qui étaient à peine perceptibles, montent à 120.

Le 3 février, à 8 heures 15 du matin, les bruits du cœur se modifient; s'accéléralant de plus en plus, ils atteignent 175 par minute. Après constatation du probitus du bras droit et du cordon, qui sont à nouveau réduits, introduction du gros ballon Champetier. A 4 heures du soir on enlève 40 gr. de liquide; à 6 heures on en retire encore 60 gr.

A 8 heures du soir, la dilatation est complète. On extrait le ballon. Version. Le fœtus, une fille du poids de 2.170 gr. présente de l'ascite. La circonférence abdominale mesure 31 cent. Il succombe le 7 février. Suites de couches: T° maxima 37°8.

Chez deux primipares, l'accouchement fut provoqué à 7 mois et à 7 mois $1/2$. Il a fallu, (Ob. 60), placer successivement trois ballons Tarnier, les deux premiers ayant éclaté, de plus à l'issue du dernier, le travail rétrocedant, il a fallu 10 heures après, avoir recours au ballon Champetier.

Dans l'observation 61 le petit ballon Champetier introduit remplit le rôle du ballon Tarnier.

L'accouchement put être terminé en moins de 12 heures après la mise en place du ballon. Une seule fois la rupture des membranes est imputable à ce dernier.

Quant aux enfants, rien de fâcheux pour eux à signaler imputable à l'emploi du ballon, car malgré les conditions défavorables (dues à l'état de la mère) dans lesquelles ils vinrent au monde, trois furent extraits vivants, dont un mourut cinq jours après; il avait de l'ascite. Les mères retirèrent tous les bénéfices d'une intervention rapide; une d'entre elles, dont l'état était presque désespéré au moment de l'intervention succomba cinq heures après l'accouchement. Les trois autres virent leur état s'améliorer rapidement après l'expulsion de leur fœtus, et la température chez elles resta normale.

CHAPITRE IV

PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT POUR HÉMORRHAGIE DUE A L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

OBSERVATION LXIV

1891. — N° 1384. (Inédite). La nommée A. T..., primipare. D. R., le 27 mars 1891, entre à la clinique le 26 octobre; le matin à 3 heures, elle commence à perdre du sang par petites quantités. Les pertes augmentant, elle se décide à entrer à la clinique. A 5 h. 1/2 du soir, comme elle perd davantage, on rompt les membranes; le col est long, largement perméable, la tête appuie alors sur l'orifice et l'écoulement est complètement arrêté. M^{lle} Roze essaie d'introduire le ballon Champetier mais vainement en raison de la tête qui est amorcée. Le sang coule de nouveau.

A 6 h. 20, M. Boissard arrive et trouve au toucher le placenta en arrière tout près de l'orifice. Après avoir remonté la tête à droite et en arrière, il put introduire le ballon à gauche. On y introduit 500 gr. de liquide; la parturiente ne perd plus. A partir de ce moment les douleurs sont presque continues. Le ballon est expulsé à 9 h. 1/2 du soir, le 26 octobre, la tête est ramenée au niveau du détroit supérieur. En pratiquant le toucher

on trouve la procidence de la main et de l'avant bras gauche que l'on rétropulse aisément, puis l'accouchement se termine rapidement. L'enfant du sexe féminin ne crie qu'au bout de 1/4 d'heure. Il pèse 1930 gr. Mise dans une couveuse, elle meurt le lendemain.

OBSERVATION LXV

1891. — N° 1432. C. F..., 24 ans, II pare. D. R., fin janvier 1891. Entre à la clinique le 21 septembre, pendant quelque temps elle a de légères pertes de sang.

Le 6 novembre, à 7 heures du soir, en sortant des magasins du Louvre, elle est prise d'une hémorrhagie qui a duré pendant tout le trajet du Louvre à l'hôpital. La chemise, les cuisses, les bas, sont inondés de sang : elle ne ressent aucune douleur.

Par le palper, on trouve l'excavation et le grand bassin vide de parties fœtales. La tête mobile, est sur la ligne médiane, suspendue très au-dessus de l'aire du détroit supérieur ; le siège est sous les fausses côtes gauches. Dans toute la partie inférieure de l'utérus, c'est-à-dire dans le grand bassin, consistance molle et pâteuse.

Le toucher digital ne donnant que des renseignements imparfaits à cause de l'élévation du segment inférieur, M^r Varnier pratique le toucher manuel et trouve en arrière, effaçant le cul de sac postérieur une tumeur mollassse qui n'est autre que le placenta prævia. Le col est refoulé en avant et en haut, derrière la symphyse. Il a toute sa longueur et n'est perméable qu'à deux doigts. Au niveau de l'orifice interne et bouchant

l'entrée de l'utérus, on sent les cotylédons placentaires. Aussi loin qu'il peut aller en arrière, M. Varnier ne trouve que du placenta, de même à droite. En avant, il lui faut recourber fortement les doigts et les porter au-dessus de la symphyse pour sentir les membranes comme à ce niveau il a senti le cordon. Pour éviter qu'une procidence ne se produise, les membranes sont laissées intactes et un gros ballon Champetier distendu au maximum est introduit en avant et à gauche, là où le placenta n'a pas été perçu.

Le ballon a été mis en place et gonflé sans que du sang s'écoule. Les battements du cœur sont bons.

Le point le plus déclive de la tête sur la ligne médiane, est à 10 cent. du pubis. Par le palper on sent le ballon qui remonte à gauche, dans la fosse iliaque, à 9 cent. environ du contour osseux.

Le travail marche régulièrement sans hémorrhagie.

A 3 heures du matin la dilatation est comme une petite paume de main.

A 5 h. 1/2 la dilatation est complète, le ballon dans le vagin d'où on l'extrait. A ce moment M^r Varnier rompt les membranes en haut et à gauche, version par manœuvres internes, le placenta sort immédiatement après le fœtus ; il est roulé en cornet. L'enfant, un garçon de 3.380 gr. naît étonné, mais est rapidement ramimé sans insufflation.

OBSERVATION LXVI

1891. — N° 1650. A. L..., 33 ans, II pare ; D. R., 24 mai 91.

Du 9 juillet, au 9 août elle perdit du sang en petite

quantité tous les jours, le 15 aout, nouvelle hémorrhagie.

Elle entre à la clinique le 25 décembre à 11 heures du matin. Une heure avant, elle a été prise d'une hémorrhagie; sa chemise est complètement inondée de sang. L'hémorrhagie cède à une injection vaginale chaude.

Le 27 nouvelle hémorrhagie qui cède au même traitement. Néanmoins M. Varnier décide d'intervenir.

Très difficilement il arrive à déchirer les membranes au niveau de l'orifice; il ne sentait que les cotylédons, ce qui aurait pu faire croire à une insertion centrale, mais la veille on était arrivé sur les membranes. On ausculte à ce moment; plus de battements du cœur fœtal.

Après l'introduction du ballon, il semble que l'on perçoive quelque temps les battements, puis plus rien.

A 2 heures du soir, extraction du ballon. Derrière lui s'écoule une grande quantité de sang. Le placenta est en partie dans le vagin qu'il remplit. M^{lle} Roze introduit la main dans le vagin et refoule le placenta à droite; va à gauche à la recherche du pied, extrait le fœtus, qui est suivi immédiatement du placenta. L'enfant, un garçon du poids de 1470 gr. naît en état de mort apparente; il est vite ranimé par quelques insufflations. On le met dans une couveuse aussitôt sa naissance. Bains de vin aromatique 2 fois par jour. Frictions au baume Nerval. Injections de sérum de chien, une seringue de Pravaz par jour pendant 15 jours. — L'enfant sort le 23 janvier en bon état.

OBSERVATION LXVII

1891. — N° 491. M. T..., âgée de 34 ans, III pare entre le 19 avril à Baudelocque. 15 jours avant, elle avait été prise d'hémorrhagie pendant une heure. Le 19 à 10 h. 1/2 du matin elle dit avoir commencé à perdre du sang en grande quantité.

En la touchant on retire le doigt taché de sang, quelques instants après, elle perd un peu.

A 3 h. 45 minutes du soir elle a une hémorrhagie ; des injections chaudes l'arrêtent. A 5 heures elle recommence à perdre. Jusqu'alors elle n'eut ni vertiges ni éblouissements.

A 6 h. 1/2 M. Pinard rompt les membranes et introduit un gros ballon Champetier. Les parois sont continuellement tendues ; on entend sourdement les battements fœtaux. Le toucher a montré l'excavation vide ; col dévié à gauche et très haut. Le cul de sac latéral droit est effacé, on perçoit une tumeur molle, probablement le placenta.

A partir de l'introduction du ballon, la femme ne perd plus de sang. Le travail marche assez rapidement pour qu'à minuit 10 le ballon soit expulsé, et derrière lui, se présentant par le sommet le fœtus mort-né du sexe féminin pesant 3.530 gr. Le 25 avril, frissons $T^{\circ} = 40^{\circ}1$; $P. = 132$, étouffements, aucune localisation ; ventre indolore ; sortie en bon état.

OBSERVATION LXVIII

1895. — N° 656 (Voy. Fonctionnement 95. P. 57). La nommée M. R..., âgée de 40 ans, IV pare entre à

Baudelocque le 10 avril. D. R., du 2 au 4 septembre 1894.

Depuis le 7 janvier, elle a été prise de 7 ou 8 hémorrhagies très abondantes.

Dans la nuit du 7 au 8 avril, nouvelle perte de sang assez considérable.

Le 23 avril, à 5 heures du soir, brusquement la malade perd. Au toucher, on constate la présence de nombreux caillots dans le vagin. Avec un doigt, on arrive sur le placenta décollé. Introduction de la main dans le vagin, et on rompt, avec assez de difficulté, les membranes qui sont flasques. On introduit un gros ballon Champetier qui, n'étant pas assez distendu, est expulsé 1/4 d'heure après.

A 7 h. 30, introduction d'un nouveau ballon. On injecte 400 gr. de liquide. Les contractions deviennent énergiques et fréquentes. A 10 heures, le ballon est extrait. La dilatation est complète. Anesthésie chloroformique à cause d'un anneau de contraction au-dessus des orifices dilatés, et qui rend la version difficile. Le fœtus, du sexe masculin, est mort-né ; il pèse 1. 650 gr.

OBSERVATION LXIX

1895. — N° 1938. La nommée L. M., âgée de 39 ans, VII pare, ses dernières règles datent du 2 au 5 mars. Cette femme, mécanicienne, avait dû quitter son travail à cause de douleurs dans le ventre.

Malgré le repos absolu, elle est prise, le 5 décembre, d'une légère hémorrhagie qui s'arrête d'elle-même.

Le 7 décembre, à 6 h. 1/2 du matin, elle a subitement une très abondante perte de sang. On la transporte à la

clinique. A son arrivée, l'hémorrhagie s'est arrêtée ; la femme n'a pas de douleurs. Le travail n'a pas commencé, les bruits du cœur fœtal sont normaux.

A 6 heures du soir, une très violente hémorrhagie se produit. Le col est long, perméable. Partout le placenta est accessible ; on arrive très difficilement sur les membranes, très haut et immédiatement derrière la symphyse. Le pouls est à 120.

Malgré la rupture des membranes, le sang continue à couler. On place le ballon Champetier distendu au maximum pour empêcher la tête de repousser le placenta. Les battements fœtaux sont lents et mal frappés. Ils se maintiennent ainsi pendant quelque temps. A 11 h. du soir, ils sont à 120.

Le 8 à 9 h. du matin, l'hémorrhagie se reproduit, le ballon, trop distendu, n'appuyant plus sur l'orifice. On retire 50 gr. de liquide. L'hémorrhagie s'arrête ; les contractions deviennent plus douloureuses.

A 10 h. 10 m. du matin, la femme commence à pousser. On remplit de nouveau le ballon à son maximum ; il est expulsé à midi. — La dilatation est complète.

A 1 heure 1/2 de l'après-midi, expulsion d'un fœtus du sexe masculin, du poids de 3.250 gr. ; il naît un peu étonné, mais est vite ranimé par des frictions et des bains sinapisés. T° maxima 38° le 5^e jour.

OBSERVATION LXX

1896. — N° 1106. I. L..., 32 ans, V pare, 1° et 3° accouchements normaux, à terme ; 2° et 4° avortement de 5 mois. — Elle entre à la clinique le 11 juin.

D. R., du 13 au 15 novembre 1895. Même père pour

toutes les grossesses. Pendant le 4^e mois, hémorrhagie à l'époque des règles. Ces hémorrhagies persistent et augmentent. Le 11 juin, perte abondante cédant aux injections chaudes.

Le 28 juin, à 2 heures du matin, hémorrhagie considérable persistant malgré les injections vaginales très chaudes. Le pouls est à 120. Rupture artificielle des membranes avec la pince de Stapfer, et introduction d'un ballon Champetier grand modèle.

Vers 3 heures, les contractions apparaissent, peu intenses. A 8 heures du matin, on retire 60 gr. de liquide. Les contractions deviennent plus énergiques mais espacées.

A 2 heures du soir, on retire 60 gr. de liquide, puis, peu de temps après, 40 gr. A 4 h. 45, expulsion du ballon. Dilatation complète. Abaissement du pied antérieur. Extraction d'une fille mort-née pesant 1850 gr.

OBSERVATION LXXI

1896. — N° 39 (Voy. Fonctionnement 1890. P. 83). La nommée H. E..., 39 ans, II pare, 1^o accouchement à terme, amenée le 6 janvier à 6 h. 1/2 du matin a eu, à 3 h. 1/2, chez elle, une hémorrhagie brusque et très abondante. Tamponnement vaginal avec 6 bourdonnets de coton, pratiqué par un médecin. Elle avait déjà perdu du sang 3 ou 4 jours auparavant.

Ses dernières règles datent du 22 au 25 juillet. L'état général, à son entrée, est bon ; face colorée, P. = 80. On enlève son tampon vaginal. Elle ne perd plus de sang jusqu'à une heure du soir, où elle est prise d'une vio-

lente hémorrhagie qui cède aux injections chaudes, mais se reproduit une heure après.

On rompt les membranes avec difficulté, et le fœtus étant mort, on provoque l'accouchement en introduisant un gros ballon Champetier, incomplètement distendu avec 400 gr. de liquide environ. Le pouls est à 120.

La femme ne perd plus de sang mais pâlit. Etat syn-copal. Boissons alcoolisées.

A 2 h. 30, on retire 20 gr. de liquide du ballon ; les contractions deviennent fréquentes et énergiques. A 4 h. 30, dilatation complète. P. = 76. On extrait le ballon. Extraction d'un garçon mort-né, du poids de 1250 gr.

OBSERVATION LXXII

1896. — N° 225. La nommée J. C..., III pare, âgée de 45 ans. D. R. du 1^{er} au 6 juin 1895. Depuis le mois d'octobre, elle a eu tous les mois des hémorrhagies assez abondantes.

Bien qu'au repos absolu depuis 1 mois, elle est prise le 9 février d'une nouvelle hémorrhagie qui s'arrête sous l'action des injections vaginales chaudes.

Le 10 à 1 h. du matin, nouvelle perte extrêmement abondante : draps et matelas sont traversés. P = 140, puis devient biliforme. Sueurs froides, syncopes.

Le toucher fait constater un col long, perméable, dans lequel s'engage une portion de placenta. — Rupture artificielle des membranes qui sont déchirées difficilement en raison de leur épaisseur et de leur résistance. Injections de sérum salin de 100 puis de 300 grammes. Il y a arrêt de l'écoulement sanguin, mais il reprend peu après.

Introduction d'un ballon Champetier de Ribes grand modèle ; l'hémorrhagie s'arrête. Les bruits du cœur foetal qui jusque là étaient bons se ralentissent. A 4 h. du matin, ils cessent, 500 grammes de sérum.

A 8 heures du matin 160 gr. de sérum, injection d'éther, inhalations d'oxygène. On retire 100 grammes de liquide du ballon, les contractions étant peu efficaces et peu intenses.

A 8 h. 55 du matin la femme pousse, ou réinjecte les 100 grammes de liquide que l'on avait retiré. Les contractions continuent, énergiques. Le ballon est expulsé. Version, fille morte née du poids de 2.850 gr. T° maxima 38°2 le 2° jour.

OBSERVATION LXXIII

1897. — N° 1416. (V. Fonctionnement 1897. P. 115). B. J..., VII pare. D. R., du 7 au 10 février. En mai hémorrhagie ; dans la nuit du 8 au 9 août, perte de sang très abondante. Elle est amenée à la clinique le 5 dans la soirée. A minuit T° = 39°3. P. = 104 ; hémorrhagie, qui cède aux injections vaginales chaudes. Une heure après, nouvelle hémorrhagie, défaillance, muqueuses décolorées, tendances à la syncope. Pouls petit. On rompt les membranes.

Introduction du gros ballon Champetier distendu au maximum. L'écoulement sanguin s'arrête. Les contractions utérines surviennent, le col est encore long. 500 gr. de sérum salin, suivie de frissons. Le pouls redevient bon. Les contractions sont énergiques.

A 6 h. 30, expulsion du ballon. — La dilation est complète. Expulsion d'une fille morte non macérée du

poids de 100 gr. Mort de la femme le 12 août. Opposition est faite à l'autopsie. Cependant on retire l'utérus par une petite incision. Il est conservé dans l'alcool et ne présente aucune lésion. — De la cavité péritoniale s'écoula un liquide légèrement purulent.

OBSERVATION LXXIV (*Inédite.*)

1898. — N° 84. La nommée Françoise W... âgée de 40 ans, laitière, XII pare. Les 11 premiers enfants sont tous venus à terme ; les 5 premiers élevés au biberon sont morts en bas âge. Quant aux 6 derniers nourris au sein par la mère, ils sont tous vivants.

Grossesse actuelle : D. R., du 15 au 20 mai.

Depuis le 3^e mois de sa grossesse, elle fut soumise au régime lacté absolu, parce qu'elle a de l'albuminurie caractérisée par un œdème assez considérable des membres. (Œdème sus pubien, cryesthésie. — Ni troubles de la vue ni céphalée.

Le 15 janvier à 7 h. du matin, cette femme, sans avoir éprouvé aucune douleur, perd brusquement une grande quantité de sang ; elle se couche et on lui donne 2 injections chaudes au sublimé. La perte s'arrête, il n'y a plus qu'un léger écoulement sanguin qui persiste jusqu'à son entrée à la clinique le 15 janvier à 3 h, 1/2 du soir.

La femme n'est pas pâle, ses muqueuses ne sont pas décolorées, mais le pouls est à 120.

Au toucher on trouve le col long mais perméable, membranes intactes ; siège au détroit supérieur non engagé.

A 3 h. 40 introduction d'un ballon Champetier (grand modèle) après avoir rompu artificiellement et largement

les membranes. L'auscultation pratiquée avec le plus grand soin ne permet pas de constater les bruits du cœur fœtal.

L'écoulement sanguin a disparu après le gonflement du ballon. Les contractions utérines se succèdent fréquentes et énergiques.

A 5 h. 30 du soir le ballon est expulsé spontanément ; la dilatation est complète. Recherche du pied, extraction du fœtus mort-né du sexe masculin pesant 2,200 gr.

Derrière le placenta qui entièrement décollé fait issue, sitôt après, le fœtus ; il sort des caillots noirâtres pesant en tout 620 grammes. Ces caillots ont aplati le placenta sur une assez grande étendue. Les membranes mesurent 33/0. Sortie en bon état.

OBSERVATION LXXV

1898. — N° 502. La nommée P. M..., âgée de 39 ans, ménagère, VII pare. Tous les accouchements antérieurs spontanés et à terme. D. R., 14 juin 1897, entre le 21 mars 1898.

Le 5 février, cette femme est prise brusquement d'une abondante hémorrhagie qui dura environ 1/4 d'heure. Le 12 février, 2 hémorrhagies de dix minutes, moins abondantes que la première. Depuis, cette femme a sans cesse un suintement sanguin, mais son pouls reste à 82 pulsations.

Le 24 mars à 3 heures du soir, en allant à la garde robe, cette femme perd brusquement une grande quantité de sang ; aussitôt elle a une syncope. On la monte à salle de travail ; le pouls est à 120, intermittent, irrégulier ; le facies est pâle ; les muqueuses décolorées. Les bruits du cœur fœtal sont perceptibles. La femme vomit et

est très agitée. Grogg ; boules ; tête déclive ; 1000 gr. de sérum salin ; injections sous-cutanées d'éther et de caféine.

Les membranes très rugueuses sont atteintes difficilement très haut et à droite ; on les rompt largement. Une grande quantité de liquide amniotique s'écoule.

Introduction d'un ballon Champetier grand modèle que l'on distend au maximum. L'hémorrhagie s'arrête immédiatement. Les battements du cœur fœtal ne sont pas entendus. La femme va mieux ; le pouls est bien frappé, mais oscille entre 130 et 145. Nouvelle injection de 100 grammes de sérum salin.

Les contractions utérines sont faibles et très espacées ; le ballon n'appuie pas exactement sur l'orifice utérin, car les membranes très résistantes forment comme un diaphragme qui maintient le ballon très élevé. On rompt encore plus largement les membranes.

Dans la soirée, les contractions cessent ; la femme ne perd plus du tout. De temps en temps on exerce des tractions sur le ballon de manière à l'appliquer plus étroitement sur le col qui n'est pas effacé, mais simplement évasé. Toute la nuit on répète cette manœuvre.

Le 25 à 6 h. 45 minutes du matin, on retire du ballon 150 grammes de liquide. La femme a alors des contractions utérines régulières et fortes ; le ballon a tendance à être expulsé.

A 7 h. 5, le ballon est dans le vagin ; on l'extrait. On trouve la dilatation complète. Une anse du cordon est à la vulve, et le siège complet, se présente au niveau du détroit supérieur.

Abaissement du pied, extraction du fœtus mort-né. C'est une fille du poids de 2850 grammes. T° maxima 39°1 les 3^e et 4^e jours ; irrigation continue, puis la T° redevient normale.

OBSERVATION LXXVI

1895. — N° 1521. (Voy. Fonctionnement. P. 43.)
X...IV pare ; elle était entrée le 10 août perdant du sang ; le placenta est inséré sur le segment inférieur, D. R., 10 février. Au toucher on arrive sur des caillots et sur le bord du placenta, car le col est perméable. Le fœtus vivant est placé transversalement. Plusieurs hémorrhagies en août et septembre.

Le 19 septembre à 5 heures du soir, hémorrhagie considérable. Le col est long, très largement perméable ; au toucher on sent de tous côtés le placenta. La rupture des membranes est faite en haut et en avant, derrière la symphyse. On introduit un ballon Champetier grand modèle distendu au maximum. La rupture des membranes a fait cesser l'hémorrhagie. Cœur fœtal = 110, puis 130, et retombe à 110 pulsations ; contractions peu fréquentes et surtout peu intenses.

A 1 heure du matin le col est long, les bruits du cœur profondément modifiés, tantôt très lents, puis quelques minutes après très fréquents. On retire 20 grammes de liquide du ballon, mais les contractions ne s'accroissent pas. La malade s'endort vers 5 heures du matin. On n'entend plus les bruits du cœur.

T° = 37° ; P. = 92. A partir de 9 heures du matin, 100 gr. de liquide ayant été retirés, les contractions deviennent plus fréquentes et plus régulières. M. Varnier examine la parturiente et constate que le ballon est sur le point d'être expulsé ; il y remet 100 gr. de liquide.

A midi 55 min. la femme fait des efforts d'expulsion, et expulse le ballon. A ce moment elle est prise d'un

violent frisson. On la met dans la position obstétricale pour faire la version. L'état de rétraction de l'utérus ne permet pas de la faire. La femme perd beaucoup de sang. Embryotomie à 1 h. 15 avec l'embryotome de M. Ribemont.

Suites des couches apyrétiques.

13 femmes, dont une primipare, arrivées près du terme ont eu des hémorrhagies, dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur. La fréquence ou l'abondance furent telles que l'on jugea utile d'intervenir ; l'intérêt de la mère aussi bien que celui de l'enfant exigeait que l'on mette fin à la grossesse.

L'état du col permit, dans tous les cas, d'introduire d'emblée le ballon Champetier de Ribes grand modèle. L'introduction en fut facile, sauf dans un cas où, la tête étant amorcée, on ne put d'abord l'introduire. Il fallut faire glisser un peu la tête à droite et introduire le ballon à gauche. Ce déplacement n'eut rien de fâcheux ; au moment où le ballon allait être expulsé, on prit soin de ramener par des manœuvres externes la tête au niveau du détroit supérieur.

Le ballon après sa mise en place fut expulsé au bout d'un temps qui varia entre 2 heures et 15 heures.

La moyenne obtenue est de 9 heures.

La rupture des membranes fut toujours pratiquée aussi largement que possible, avant l'introduction du ballon Champetier. Nous reviendrons sur cette pratique au chapitre des hémorrhagies survenant au cours du travail, et ayant également pour cause l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Dans trois cas où un léger intervalle de temps s'écoula avant que l'on introduise le ballon, l'hémorrhagie continua. La rupture des membranes seule ne suffit donc pas toujours pour arrêter l'écoulement sanguin.

Dans l'observation 65, comme un paquet de cordon fut senti à travers les membranes, on introduisit le ballon Champetier sans les rompre, par crainte d'une procidence; l'hémorrhagie cessa néanmoins quand le ballon fut gonflé au maximum.

L'hémorrhagie s'arrêta toujours dès que le ballon fut en place. Dans l'observation 69 le sang se remit à couler au bout de quelque temps : le ballon trop distendu n'appuyant plus sur l'orifice, on retira 50 grammes de liquide ; l'hémorrhagie s'arrête alors, et le travail marche plus rapidement.

Cette intervention n'est pas dangereuse pour la mère ; une seule femme a succombé (Obs. 73) mais son état à l'entrée était des plus graves. Le thermomètre marquait 39°,5. Le pouls était à 114. Cette femme était exsangue, les muqueuses décolorées, avec état syncopal.

Pour ce qui est des fœtus, on obtint 5 enfants vivants, dont 1 mourut le lendemain.

8 enfants morts. Dont trois avaient cessé de vivre lorsque l'on introduisit le ballon.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Nous avons réuni 57 observations d'accouchements provoqués à l'aide du ballon Champetier de Ribes.

Dans tous les cas, le travail se déclara ; à sa sortie de la vulve, les parties molles maternelles ne présentaient plus d'obstacle à la terminaison de l'accouchement. M. Champetier de Ribes écrivait donc justement dans son mémoire de 1888 (in annales de gynécologie) : « Je veux avoir le droit de dire, quand » le ballon dilatateur a franchi la vulve, que la voie » est libre, et que, lors du passage du fœtus, on ne » rencontrera plus de difficultés provenant des » parties molles de la mère. »

Lorsque le ballon est trop gonflé, il arrive que le travail s'effectue lentement, ou tarde à se déclarer : c'est qu'alors le ballon, trop volumineux, n'appuie pas sur le segment inférieur. Les observations nous enseignent qu'il suffit de retirer d'une certaine quantité de liquide du ballon pour que le travail marche régulièrement. Les contractions qui jus-

qu'alors étaient très espacées et faibles deviennent plus fréquentes, plus intenses, plus efficaces, en même temps que la dilatation progresse rapidement. C'est qu'alors le ballon vient bien appuyer directement sur le segment inférieur de l'utérus, grâce à la forme cônique du ballon.

Au bout d'un certain temps, les choses se passant ainsi que nous venons de l'indiquer, il faut injecter à nouveau tout ou partie du liquide que l'on avait enlevé précédemment, car le ballon passerait au travers du col alors que ce dernier n'est pas complètement dilaté (Obs. 68). Dans les rétrécissements du bassin, il faut également dégonfler en partie le ballon lorsqu'il se trouve au niveau du rétrécissement ; on le regonfle lorsqu'il a franchi l'obstacle.

La quantité de liquide à enlever ou à injecter, le moment où il faut le faire sont choses que la pratique seule peut apprendre. Suivant une heureuse expression de M. Lepage, « la question du ballon *dirigeable* est presque résolue, en *obstétrique* du moins », le tout est de savoir bien le diriger.

L'observation 61 nous est d'un précieux enseignement. On introduisit d'abord chez cette primipare un *petit ballon*, qui fut expulsé laissant le col encore long, mais dilatable. On place ensuite un ballon *moyen modèle* dans lequel on introduisit 200 grammes de liquide : la dilatation à sa sortie = 5 fr. Il ne faut donc pas employer d'une façon indifférente l'un ou l'autre ballon et la conclusion à en tirer est la suivante :

Il ne faut demander au *petit ballon* que d'ouvrir une voie déterminée, de petite dimension, permettant l'introduction dans l'utérus d'un ou de deux doigts.

Le ballon moyen modèle ouvre une voie plus large.

Seul le gros ballon donne, d'une façon certaine, une dilatation complète.

La position obstétricale est la plus favorable pour introduire facilement le ballon. En effet, M. Wallich dans l'observation 65 éprouva les plus grandes difficultés quand il dut introduire le ballon dans l'utérus d'une femme debout, dont l'état exigeait cette position.

En faisant abstraction des accouchements provoqués pour rétrécissement du bassin qui constituent une indication toute spéciale, nous avons trouvé que 8 heures $\frac{1}{2}$ est la moyenne du temps qui s'écoula depuis la mise en place du ballon jusqu'à son issue hors de la vulve.

Déduction faite des 13 cas où la rupture des membranes fut faite de propos délibéré avant l'introduction du ballon Champetier, on trouve que sur 45 accouchements provoqués, cinq fois la rupture accidentelle des membranes se fit à l'introduction du ballon. Ce fut plutôt un incident qu'un accident; en effet, le ballon servant de tampon empêcha le liquide amniotique de s'écouler en grande quantité. De plus, la dilatation complète qu'il produit est assez rapide pour que le fœtus n'ait pas à souffrir d'une rupture prématurée des membranes.

Pour ce qui regarde la mère, aucun décès, aucune

complication survenue chez elle ne nous paraît imputable à l'emploi du ballon.

Il ne nous paraît pas inutile d'indiquer, en terminant ce qui a trait aux accouchements provoqués, les sensations que fournissent au doigt le ballon incomplètement gonflé lorsqu'il est « in situ » :

Dans l'intervalle des contractions, la portion inférieure du ballon, lorsqu'elle a franchi le col, donne la sensation d'une poche plissée, flasque.

Pendant la contraction au contraire cette poche se tend, le liquide afflue et détermine au niveau de l'orifice une pression excentrique très efficace.

Le ballon incomplètement distendu, pendant la contraction, prend la forme d'un bissac rétréci au » niveau de l'orifice externe ; au moment où celui-ci » est franchi, on sent le col qui remonte au-dessus » des grands diamètres du ballon Champetier.

Un des avantages du gros ballon Champetier, c'est que, une fois mis en place, il ne peut sortir qu'après avoir créé, sur tout son parcours, une dilatation complète, depuis le segment inférieur de l'utérus, jusqu'à l'orifice vulvaire.

TROISIÈME PARTIE

FEMMES CHEZ LESQUELLES LES PHÉNOMÈNES DU TRAVAIL
ÉTAIENT SI PEU ACCUSÉS QU'ON NE POUVAIT AFFIRMER SI
L'ON A OU NON PROVOQUÉ L'ACCOUCHEMENT.

OBSERVATION LXXVII

1894. — N° 410. M. S..., V pare, âgée de 37 ans ; 3 accouchements spontanés à terme ; le 4° permaturé à 7 mois. Entrée le 10 mars. D. R., du 19 au 22 août 1893 ; 1 gr. 50 d'albumine dans les urines. Quantité émise en 24 heures un litre à peine. Le 12, à 4 heures du soir, hémorrhagie assez considérable ; à 10 heures du soir la femme est amenée dans la salle de travail. Col à peine en voie d'effacement. Ecoulement sanguin faible mais continu avec quelques caillots. Pas de douleurs.

Le 13 à 5 heures du matin $T^{\circ} = 37^{\circ}$, 2. P. = 112 Auscultation nulle. Le 13 mars à 9 heures du matin, on touche la femme qui perd du sang. L'utérus a une consistance ligneuse, col perméable ; décollement prématuré du placenta, aucune partie fœtale accessible. On introduit un ballon Champetier, la femme ne perd plus. A 3 h. 40 du soir, expulsion du ballon ; la dilatation est presque complète. La poche des eaux est intacte. A 3 h. 50 on rompt les membranes. Recherche du pied.

Extraction de l'enfant du sexe féminin ; il est mort et pèse 1.200 gr.

OBSERVATION LXXVIII

1894. — N° 1663. L. S..., 38 ans, VII pare, entre à Baudelocque le 10 octobre à 1 heure du soir perdant depuis la veille de l'eau et du sang. D. R., du 25 décembre 1893 au 1^{er} janvier 1894. Les 6 premiers accouchements spontanément et à terme.

L'examen montre une tête très élevée, dos à droite, col long, dilatable. Les membranes sont rompues au-dessus de l'orifice, mais on sent encore une poche flasque dans laquelle se trouve le cordon animé de battements. On rompt les membranes et le cordon est rétropulsé.

Introduction du ballon Champetier à 1 h. 30 ; 460 gr. de liquide. Le fœtus fait dans l'utérus des mouvements d'inspiration.

A 2 h. 35 du soir, la dilatation atteint une petite paume de main, les battements sont toujours bons. La parturiente a deux syncopes combattues par des boissons chaudes et alcooliques.

A 3 h. 30, dilatation complète, le ballon est retiré, le cordon apparaît à la vulve ; version. L'enfant qui naît étonné est vite ranimé, sexe masculin ; Poids 4.100 gr.

OBSERVATION LXXIX

1896. — N° 2017. A. C..., 33 ans, VII pare ; 1°, 2° et 7° accouchement, enfants vivants ; 4°, 5° et 6° accouchement prématuré avant la viabilité.

Grossesse actuelle : D. R., 13 à 18 mars. Vers la 6^e semaine hémorrhagie légère pendant 10 jours.

Le 15 novembre à 11 heures du matin, hémorrhagie très abondante. Elle entre le même jour à 1 h. 25 du soir. Le pouls qui avait 120 à l'entrée, descend à 100 ; quelques contractions utérines, tête en bas non engagée.

A 6 heures du soir, hémorrhagie avec caillots ; à 7 h. 30, rupture artificielle des membranes. L'hémorrhagie s'arrête ; contractions énergiques et fréquentes, à 8 h. 10, P. = 120.

A 8 h. 40, introduction d'un ballon Champetier d'une contenance de 200 gr. qui est expulsé aussitôt. Un nouveau ballon plus volumineux est également expulsé rapidement. Procidence du cordon, version par manœuvres combinées. A 10 h. 50 extraction pénible par les épaules. L'enfant est ranimé au bout de 10 minutes, mais il meurt quelques instants après. Fille pesant 3.000 gr. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION LXXX

1896. — N° 737. S. L..., âgée de 27 ans, II pare, entre le 27 avril, à 2 heures du soir. D. R., 2 décembre. Hémorrhagie du 15 au 26 avril. Le 1^{er} mai, nouvelle hémorrhagie. La femme ayant eu quelques douleurs la veille, on rompt les membranes. A 11 h. 45 du matin, l'écoulement sanguin persistant, on introduit le ballon Champetier à midi ; la femme ne perd plus.

A 8 heures du soir, extrait le ballon qui est dans le vagin. Il sort derrière le ballon un flot de sang. Le

cordon et une partie du placenta sont accessibles au toucher. Tête élevée. Version interne, extraction d'un garçon de 2.700 gr. qui crie aussitôt après sa naissance. T° maxima 39° 5 le 3^e jour.

OBSERVATION LXXXI

1896. — N° 2008. (Voy. Fonctionnement 96. P. 92)
La nommée C. V..., âgée de 40 ans, VII pare. Tous les accouchements antérieurs spontanés et à terme, D. R., du 6 au 9 Février, elle entre le 18 novembre à 8 h. du matin, ayant perdu pour la première fois une grande quantité de sang, pendant la nuit; alors elle n'a plus senti remuer.

Elle ne perd plus de sang, mais est dans un état extrêmement grave; facies pâle, un peu terreux; pouls petit, incomptable, menaces de syncope.

La tête du fœtus est en bas et très élevée, col perméable, non effacé et non dilaté. — A 8 h. 30 du matin, rupture artificielle des membranes et introduction du ballon Champetier. Piqûres d'éther et de caféine; 7 à 800 gr, de sérum salin. Peu à peu l'état général de la parturiente s'améliore, le pouls mieux frappé, passe de 136 à 120. — Depuis que le ballon est placé, la malade ne perd que quelques gouttes de sang. Les contractions sont plus intenses.

A 2 h. 50, T = 37° 5. P. = 108, un peu faible; la dilatation est comme une paume de main.

A 3 h. 30 le ballon est extrait, la dilation complète. Le sang se remet aussitôt à couler. On croit entendre les bruits du cœur; il est difficile de préciser leur origine, étant donné la fréquence du pouls maternel; version in-

terne ; fœtus mort-né, sexe féminin. Poids = 3.900 gr. Le fœtus présente quelques phlyctènes. Injections d'éther et de sérum, suite de couches 37° 8 le 11° jour.

OBSERVATION LXXXII

1897. — N° 1967. L. M..., II pare. Le 27 novembre 1892, un an après curetage. Amputation de Schröder par M. Richelot.

Grossesse actuelle : D. R., du 13 au 18 mars. A son entrée, le 30 octobre 1897 la femme perd du sang en grande quantité et éprouve quelques douleurs ; le col a toute sa longueur, mais est perméable. Cette femme dit avoir perdu les eaux le 30 à 4 heures du matin.

L'utérus est contracturé, on n'y peut reconnaître que deux masses qui semblent être la tête en haut, et le dos à droite. Pas de parties fœtales au niveau du détroit supérieur. Les bruits du cœur ne s'entendent pas.

Col long perméable. Dans la soirée l'utérus est moins dur. Les bruits du cœur sont nettement perçus.

Le 31 octobre à 11 h. du matin on constate une présentation de l'épaule. On introduit un ballon Champetier distendu avec 300 gr.

A minuit plus de battements du cœur fœtal. La femme éprouve quelques petites douleurs.

Le 2 à 8 h. du matin le ballon qui est dans le vagin est retiré. Présentation de l'épaule, la dilation est comme une paume de main. — Embryotomie rachidienne. Enfant putréfié — T° 38° pendant 8 j. Sortie en bon état.

OBSERVATION LXXXIII

1897. — N° 1422. (Fonctionnement 1897. P. 83) La nommée D. R..., 35 ans IV pare entre à la clinique le 2 août. Deux accouchements en 1885 et 88 à terme. En 92, 3 curettages pour endométrite hémorrhagique. En 1894, fausse couche de 4 mois, *grossesse actuelle*, D. R., du 10 au 12 décembre. Les membranes sont rompues ; l'utérus est très contracté. Sommet. Col long. Pas de contractions. Auscultation négative. T° normale.

Le 9 août à 11 h. 45 du matin l'état général est mauvais ; il y a pas de contraction. On introduit un ballon Champetier de 200 gr. de liquide.

Le 10 à 1 h. du matin, le ballon est expulsé et immédiatement après lui un fœtus du sexe masculin, mort, pesant 1740 gr.

OBSERVATION LXXXIV

1897. — N° 1101 ; (Voy. Fonctionnement 97 P. 105) M. A..., 26 ans IV pare, entre le 25 juin. D. R., fin septembre. Utérus bicorne. Les membranes se sont rompues le matin à 4 h. 30. Version podalique par manœuvres externes. Ceinture eutocique.

Le 24 juin, col dilatable ; siège très élevé ; bruits du cœur bons. A 10 h. 40 introduction du ballon Champetier. Contractions douloureuses. A 6 h. 20, du soir même état. On retire en ballon 45 gr. de liquide, à 7 h. 15, même état. On retire 80 gr. puis traction sur le ballon. A 8 h. 10, D. C. Expulsion du ballon. Abaissement du

pied gauche, extraction d'une fille de 3.210 gr. qui crie immédiatement.

OBSERVATION LXXXV

1893. — N° 718. V. Vi..., 33 ans, ménagère II pare. D. R., du 3 au 10 février 1892. Nausées et vomissements au début de sa grossesse.

Depuis le 25 avril 1893 elle ne sent plus remuer. Le 26 elle a eu une hémorrhagie, pendant la nuit, apparue brusquement, sans douleur, qui a durée $1/4$ d'heure. Elle entre au dortoir le 27 avril. Depuis le 9 mai jusqu'au 16 la femme perd une liquide séro-sanguinolent. Le fœtus se présente par le siège.

Le 17 mai à 11 h. 17 minutes du matin. M. Pinard introduit sous chloroforme un ballon Champetier de Ribes petit modèle. A 1 h. 15 on trouve le ballon vide dans le vagin.

A 3 h. 5 minutes on donne à nouveau du chloroforme et M. Lepage introduit une seconde fois un petit ballon. L'utérus est dévié à gauche. Sur la ligne médiane il a 26 cent. A 8 centimètres à gauche il remonte à 32 cent.

A 8 heures on trouve une seconde fois le ballon vide dans le vagin.

A 9 heures $T^{\circ} = 38^{\circ}2$; $P. = 120$.

A 9 h. 45 nouvelle anesthésie, toucher manuel, par M. Pinard qui sent une énorme tumeur immobile faisant saillie dans le cul de sac latéral gauche. On arrive en outre sur une petite partie fœtale. Le liquide qui s'écoule n'a aucune odeur.

A 10 h. 5 introduction du gros ballon Champetier

(300 gr. de liquide). Les contractions sont tout d'abord fréquentes.

De minuit à 3 heures, la femme a plutôt des douleurs lombaires; quelques contractions très rares dans l'intervalle desquelles elle peut dormir.

A 3 heures du matin, le 18 mai, l'orifice est dans le même état. On retire 60 gr. de liquide; les contractions n'augmentent pas.

A 9 heures on injecte 150 gr. de liquide dans le ballon.

A 1 h. 1/2 de l'après-midi du 18 on retire 60 gr. de liquide; contractions un peu plus intenses mais peu fréquentes.

A 3 h. 40, tractions sur le ballon, on y remet 60 gr. de liquide: contractions plus fréquentes.

A 6 heures du soir, petites incisions sur le col.

A 6 heures 15 extraction du ballon. Abaissement du pied gauche. Extraction du fœtus développé presque à terme; la tête très aplatie. Le liquide amniotique était résorbé. L'épiderme n'est pas enlevé. Sensation de cuir dur sur tout le corps. Cette fille pèse 2440 gr. T° maxima 38°8 le 3^e jour.

Dans ce chapitre, nous avons réuni, quelle que soit la cause pour laquelle on ait eu recours au ballon, toutes les observations ayant rapport aux femmes chez lesquelles le début du travail était douteux. Ne pouvant les ranger ni dans l'accouchement provoqué, ni dans l'accélération du travail, nous leur avons consacré un chapitre spécial.

Dans 7 cas, il s'agit de femmes ayant eu et présentant des hémorrhagies au moment de l'interven-

tion. Une seule fois la poche des eaux était rompue. Dans 2 cas comme il s'agissait de femmes enceintes de 7 et de 8 mois à peine, on se servit du moyen ballon. Dans le premier cas il donna, à sa sortie, une dilatation presque complète. Dans le second cas, une dilatation comme une paume de main ce qui vient confirmer ce que nous avons dit précédemment : que pour obtenir une dilatation complète à l'issue du ballon il faut se servir du gros modèle.

Les femmes éprouvaient de légères douleurs, le col s'effaçait à peine, mais était perméable, en un mot le début du travail n'était pas nettement caractérisé.

On obtint comme résultat.

3 enfants vivants.

2 enfants mort-nés, et 3 fœtus morts déjà depuis quelque temps.

Dans l'observation 83, il s'agissait d'une femme dont les membranes étaient rompues depuis 24 heures, l'enfant était mort, et l'état général mauvais. — L'observation 84 est une femme dont le fœtus se présente par le siège, les membranes sont rompues depuis 24 heures, l'enfant fut extrait vivant.

Aucun décès maternel à enregistrer.

QUATRIEME PARTIE

FEMMES EN TRAVAIL CHEZ LESQUELLES IL Y AVAIT INTÉRÊT
A ACCÉLÉRER LE TRAVAIL OU A COMPLÉTER LA DILATA-
TION.

CHAPITRE PREMIER

Accélération du travail. — Souffrance du fœtus.

OBSERVATION LXXXVI (*Inédite*).

1891. — N° 1478. A. H..., 31 ans, domestique, primipare. D. R., premiers jours de janvier 1891, entre le 8 octobre, le fœtus se présente par le siège décom-pété mode des fesses, dos à gauche. La tête est ramenée en bas le 13 après 3 tentatives de version externe sans succès.

Le 13 novembre les membranes se rompent, la tête est en bas.

Le 16 à 10 heures du matin l'enfant perd son méconium, et le col s'œdématie par suite de la lenteur du travail. L'orifice utérin est à gauche et en arrière.

On introduit un gros ballon Champetier, incomplètement distendu qui a pour résultat de ramener l'orifice utérin au centre de l'excavation.

A midi le ballon ayant tendance à être expulsé, on y introduit 110 gr. de liquide; le ballon remonte. A midi 1/2 M. Varnier ajoute encore 80 gr. de liquide.

A 3 h. 13 du soir la dilatation est complète; le ballon tombe dans le vagin, on l'extrait.

Application de forceps, extraction d'un garçon vivant, pesant 3.200 gr. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION LXXXVII

1893. — N° 1472. Gu..., 34 ans, cuisinière, primipare. D. R., du 16 au 24 décembre 1892, entre au dortoir le 20 septembre. Sommet non engagé, dos à gauche, enfant vivant.

Le 8 octobre 1893 à 10 h. 30 minutes du matin les membranes se rompent spontanément, la femme n'étant pas en travail et n'ayant ressenti aucune douleur. Ce liquide amniotique est vert, les battements du cœur sont déjà sourds et irréguliers. La femme est transportée à la salle de travail; on pratique fréquemment l'auscultation. La femme a des douleurs à partir de 11 heures du matin; elles sont fréquentes et intenses. La femme pousse avec énergie; la tête restant élevée la paroi postérieure du vagin apparaît en arrière; la vessie est vidée.

A 3 heures du soir, constatant des modifications du cœur, dans leur rythme et leur fréquence, on prévient M. Lepage qui introduit un ballon Champetier. La dilatation est alors comme une pièce de 2 fr. environ. Le ballon est distendu avec 300 gr. de liquide.

A 4 h. 30 il se produit un écoulement sanguin pro-

venant de l'orifice. On extrait le ballon pendant qu'un aide maintient la tête. Aucune procidence ne se produit.

A 4 h. 45 la tête n'est pas encore engagée, les battements du cœur sont irréguliers, mais le fœtus du sexe féminin est expulsé à 5 h. 20. Il naît étonné ; il respire et crie après désobstruction des voies respiratoires. Il pèse 2.790 grammes.

Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION LXXXVIII

1891. — N° 1180. La nommée M. P..., II pare D.R., le 25 novembre 1890, entre à la clinique le 7 Septembre 1891 à 3 heures du soir ; les membranes sont rompues on ne sait depuis combien de temps. Le fœtus vivant se présente par le sommet ; l'engagement n'est pas effectué, la tête a tendance à se porter vers la fosse iliaque droite et à se défléchir. Le col est encore assez long mais facilement dilatable. L'angle sacro vertébral et facilement atteint. Le diamètre promonto sous-pubien = 10 cm. 8. Depuis le matin la femme éprouve quelques douleurs légères.

A 6 heures du soir, en examinant la femme, on ramène avec le doigt un peu de méconium.

A 7 h. 1/2 la tête est encore mobile au-dessus du détroit supérieur. Le cathétérisme de la vessie donne issue à 420 gr. d'urine, ce qui fait descendre la tête. Celle-ci ne tarde pas d'ailleurs à remonter.

A 9 h. 55 minutes, introduction d'un ballon Champetier qui est expulsé à 10 h. 5 minutes. Application de forceps, extraction d'une fille pesant 3450 gr., elle crie immédiatement.

Chez trois femmes, deux primipares et une multipare, le fœtus se présentant par le sommet, la tête resta élevée, appuyant mal sur le segment inférieur, aussi le travail traîna-t-il en longueur, ayant peu ou pas de tendance à se continuer. Le col (Observation 76) commençait à s'œdématiser, car le travail était commencé depuis 24 heures.

Par suite de ces lenteurs, le fœtus était atteint dans sa vitalité, perdait son méconium, les battements du cœur (Obs. 86) devenaient sourds et irréguliers ; il était donc urgent de faire sortir au plus tôt le fœtus. On demanda au ballon Champetier de lui ouvrir la voie. Le travail, qui restait stationnaire, durait respectivement depuis : 24 h., 11 h., et 8 h. Le ballon Champetier amena la dilatation complète en 5 heures, 1 h. 30 et 10 minutes.

Les membranes étaient rompues avant l'introduction du ballon.

Les trois enfants naquirent vivants. Deux furent extraits par le forceps, et 1 fois l'expulsion se produisit spontanément. La température resta normale chez ces trois femmes.

CHAPITRE II

ACCÉLÉRATION DU TRAVAIL — COMPLÉTER LA DILATATION

OBSERVATION LXXXIX

1896. — N° 652. X..., primipare, 22 ans, entrée le 7 avril à 7 heures du matin. Cette femme est à terme. Bassin rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien = 105.

Le 16 avril à 9 h. 15 du soir, auscultation négative. La dilatation reste comme 2 fr. toute la nuit.

Le 17 à 10 heures du matin, la dilatation = 5 fr. M. Pinard, après avoir pratiqué l'auscultation, qui est toujours négative, rompt les membranes ; il s'écoule un liquide purée. T° = 36°6. P. = 60. Les contractions sont toujours rares.

A 3 h. 30 l'orifice présentant toujours les mêmes dimensions, M. Bouffe introduit le ballon Champetier grand modèle distendu au maximum. Il se produit quelques contractions. A 4 h. on enlève 70 gr. de liquide du ballon ; à 4 h. 45 on s'aperçoit que celui-ci est dans le vagin. On chloroforme la femme et on extrait le ballon distendu au maximum de façon à obtenir une dilatation préalable de la vulve. Basiotripsie.

Poids du fœtus 4.400 gr. avec le basiotribe et sans substance cérébrale. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XC

1893. — N° 1322. La nommée T..., 29 ans, à terme. La rupture de la poche des eaux s'est faite le 13 août à 4 h. du matin; le travail a débuté à 7 heures.

Le 14 elle entre à Baudelocque à 4 h. du soir. Le liquide amniotique est verdâtre; l'orifice commence à se dilater. A 6 heures du soir, M. Walliche introduit dans l'orifice un ballon Champetier incomplètement distendu qui donne une dilatation comme une grande paume de main.

A 11 h. 20, on introduit un deuxième ballon, dans le vagin pour distendre les parties molles. A 11 h. 35, on extrait doucement le ballon.

Bassin vicié, tête en bas et très élevée. Symphyséotomie. Trois applications de forceps. A la 3^e, procidence du cordon; on ne peut plus percevoir de battements. Version par manœuvre internes. Enfant mort, du poids de 4.960 gr.

Le 5 octobre, la mère meurt.

OBSERVATION XCI

1892. — N° 1.409 (Voy. Cliniq. Obst. Pinard. P. 332).

A. F..., 25 ans, secondipare. 1^{er} accouchement, gémellaire. Extraction par les pieds. Enfants : P. = 2.300 (bi-pariétal 8^c3) et 1980 (bi-pariétal 8^c4).

Dernières règles du 15 au 18 décembre 1891. Sommet non engagé en G. T.

Début du travail le 29 septembre à 7 heures du soir.

A 9 heures du soir, la dilatation restant stationnaire depuis 12 heures (5 francs), les membranes étant rompues, la tête non engagée, M. Varnier introduit un gros ballon Champetier. La dilatation est rapidement complète.

Après 2 applications de forceps sans résultat, à 10 heures 50 M. Pinard pratique la symphyséotomie (12 minutes).

Enfant vivant, sexe masculin, pesant 3.220 gr. La mère se lève, marche très bien le 19^e jour.

Ces trois femmes dont une primipare ayant le bassin rétréci, la tête, non engagée, ne venant pas efficacement appuyer sur le segment inférieur, la dilatation s'effectuait avec une extrême lenteur.

Dans l'observation 89 (Primipare) la dilatation pendant 12 heures reste = à 4 f. et = à 5 f. pendant 5 heures ; en 1 h. 15 le ballon permet de faire la basiotripsie.

Dans l'observation 90, depuis 7 heures que le travail dure, l'orifice se dilate seulement. Au bout de 3 heures le ballon est expulsé, donnant une dilatation comme une grande paume de main, car il était très incomplètement distendu ; mais très rapidement la dilatation est complète. Symphyséotomie ; 3 applications de forceps ; à la 3^e le cordon fait procidence ; il n'a plus de battements. L'enfant est extrait mort ; sa mère succombe 1 mois 1/2 après.

Enfin (Obs. 91) la dilatation qui pendant 12 h. est restée à 5 fr., grâce au ballon, devient complète en moins d'une heure. La symphyséotomie pratiquée donne un enfant vivant. Mère et enfant sortis en très bon état.

CHAPITRE III

ACCÉLÉRATION DU TRAVAIL. — DILATER LE BASSIN MOU
CHEZ LES PRIMIPARES A PARTIES MOLLES RÉSISTANTES.

OBSERVATION XCII (1)

1894. — N° 571. La nommée Eulalie R..., âgée de 28 ans, primipare. Le bassin est vicié et mesure 103 de diamètre promonto-sous-pubien. Faux promontoire sacré, 99 min.

A 8 heures 30 du soir, introduction dans le vagin d'un gros ballon Champetier, distendu à son maximum.

A 9 heures 30, extraction du ballon, sous le chloroforme. Symphyséotomie une heure après.

Application de forceps. *Les tractions sont presque nulles.* Enfant vivant pesant 3.160 gr.

(1) Nous ne donnons ces observations que résumées ; si le lecteur veut les lire *in extenso*, elles sont publiées in « Clinique Obstétricale », Pinard. G. Steinheil, édit., Paris 1899.

OBSERVATION XCIII

1894. — N° 584. La nommée Maria B..., primipare, Rachitisme ; taille 1^m. 48. Enceinte de 7 mois 1/2. Bassin canaliculé. Diamètre promonto-sous-pubien 90 mm. Mi-sacro-sous-pubien, 89 mm. Au-dessous, 93. mm.

Le 11 avril, à midi le travail débute.

A 10 h. 30 du soir, la dilatation est de 1 fr. La poche des eaux bombe, et renferme un paquet de cordon animé de battements.

A minuit introduction d'un ballon Champetier de Ribes dans l'utérus ; on le gonfle lentement sans produire la rupture des membranes. Douleurs peu intenses, la dilatation ne fait aucun progrès ; auscultation fœtale = 124 pulsations.

Le 12 avril, à 7 h. 10 matin on retire du ballon 100 gr. de liquide. A 7 h. 50, la dilatation = 5 francs. 8 h. 30, le ballon tombe dans le vagin. La dilatation est grande comme une paume de main. On introduit de nouveau le ballon gonflé à son maximum. — Symphyséotomie à 10 h. 18.

A 10 h. 30 la dilatation est comme une paume de main. Tractions lentes sur le ballon pour dilater l'orifice ; en extrayant le ballon il éclate...

Rupture artificielle des membranes, liquide amniotique vert. Version ; enfant vite ranimé ; sexe masculin ; poids : 3.320 gr. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION XCIV

1894. — N° 979. La nommée Marie V..., primipare, entre le 24 mai à la clinique. D. R., du 12 au 13 août. Présentation du siège en D. T. ; pas d'engagement de la partie fœtale.

Rupture des membranes le 20 juin à 4 heures du matin. Début du travail à 9 heures du matin.

A 3 h. 30 du soir, la dilatation est complète.

On introduit un ballon Champetier dans le vagin.

A 4 h. 15, le ballon crève. A 4 h. 20, on remet un second ballon qu'on distend progressivement au maximum. A 4 h. 30 extraction du ballon. Symphyséotomie. Enfant vivant du poids de 2.590 gr. ; insufflé pendant quelques minutes. Mère et enfant sortit en bon état.

OBSERVATION XCV

1894. — N° 1088. La nommée Marie L..., primipare, entre le 8 juillet. Ses dernières règles datent du 12 au 16 septembre 1893. La dilatation est comme une paume de main, avec bords de l'orifice épais.

A 6 heures 30 on place un ballon Champetier dans le vagin ; il est facilement extrait, à 7 h. 20. Symphyséotomie. On laisse la femme se réveiller ; deux heures après application de forceps. Enfant vivant du poids de 3.120. gr. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION XCVI

1893. — N° 485. La nommée A. T..., primipare, âgée de 26 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 25 mars à midi, ayant une dilatation de 2 francs.

Dernières règles : du 4 au 6 juillet 1894. Squelette rachitique. Diamètre promonto-sous-pubien : 95 ; mi-sacro pubien : 88. Bruits du cœur normaux, membranes intactes.

La dilatation est complète à 8 heures du soir. Rupture spontanée des membranes. Liquide amniotique vert, épais. La suture sagittale est à 3 centimètres de la symphyse.

Introduction et gonflement dans le vagin d'un gros ballon de Champetier de Ribes. A 10 heures après son extraction. Symphyséotomie.

L'enfant naît étonné ; ranimé après frictions et désobstruction des voies respiratoires. Poids : 4.900 gr.

OBSERVATION XCVII

1895. — N° 789. La nommée L..., primipare entre le 14 mai à minuit. D. R., du 10 au 15 août 1894. Bassin rétréci. Diam. Promonto-sous-pubien = 102 millim. ; mi-sacro pubien 106.

Le 15 mai, 10 heures du matin, la dilatation = 5 fr. ; à 2 h. 50 du soir, rupture artificielle des membranes à D. C. On introduit dans le vagin un ballon Champetier.

A 6 heures, anesthésie, extraction du ballon. Symphyséotomie ; forceps. Déchirure de la petite lèvre gauche

faisant communiquer la vulve avec la plaie. Suture de la plaie vaginale au catgut. L'enfant, du poids de 3.613 gr. crie dès que les voies respiratoires sont désobstruées.

OBSERVATION XCVIII

1893. — N° 933. La nommée T., primipare, âgée de 23 ans entre le 26 mai. D., R. : du 24 au 27 septembre 1894. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 82 millim.

Le 6 juin R. M. prématurée, liquide amniotique vert. Pendant plus de 12 heures la dilatation reste à 3 f. A 7 heures du soir le 7 juin, introduction dans le vagin du gros ballon Champetier distendu au maximum. A 11 heures chloroforme, symphyséotomie ; forceps. L'enfant pèse 3.828 gr. ; il meurt le lendemain de convulsions.

OBSERVATION XCIX

1895. — N° 1322. La nommée T..., primipare, âgée de 29 ans, entre à la clinique le 13 août à 4 heures du soir. — Rupture prématurée de la poche des eaux depuis 4 heures du matin. Liquide amniotique vert et épais. .

Le 14 à 6 heures du soir, l'orifice commence à se dilater ; introduction dans l'orifice d'un ballon Champetier incomplètement distendu, qui donne une dilatation comme une paume de main. A 11 h. 20, on introduit un deuxième ballon dans le vagin pour distendre les parties molles. Symphyséotomie le 15 à 1 heure du matin, après trois application de forceps, version. L'enfant ne peut-être ranimé. Son poids est de 4.960 gr.

OBSERVATION C

1895. — N° 1843. La nommée D..., 22 ans, primipare, arrive à la clinique le 4 novembre.

Le 13 Novembre 1895, rupture prématurée spontanée des membranes ; à 11 h. 45 du soir, la dilatation a peu augmenté, les bords de l'orifice sont souples. Introduction d'un ballon Champetier pour dilater les parties molles. Symphyséotomie. Application de forceps en D. T. ; pendant la descente de la tête, déchirure assez considérable des parties molles faisant communiquer le vagin avec la plaie opératoire : au moment de pratiquer la rotation, les tissus sont tellement tendus que l'on incise latéralement le périnée. L'urèthre est rejeté à gauche non déchiré. Enfant vivant du poids de 3,400 gr.

OBSERVATION CI

1895. — N° 1887. La nommée H..., 21 ans primipare D. R., du 12 au 15 février. Diamètre promonto-sous-pubien : 104 ; mi-sacro pubien 99. Début du travail le 28 novembre à 1 heure du matin ; à 8 heures du soir, dilatation comme une paume de main.

A 9 h. 45, introduction d'un ballon Champetier dans le vagin.

A 10 h. 40, extraction du ballon ; on place alors un tampon de gaze iodoformée dans le vagin ; petite déchirure produite dans la région clitoridienne ; on met une pince à forcipressure.

Le 29 novembre à 10 h. 55 symphyséotomie, forceps.

Déchirure du vagin le faisant communiquer avec la plaie opératoire ; seule la peau n'est pas déchirée, on peut introduire une sonde dans le canal de l'urèthre dévié à droite, et dans la vessie. Il sort quelques gouttes d'urines claires. L'enfant qui a crié sitôt sa naissance pesait 3.720 gr. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION CII

1895. — N° 2037. Clémence L. primipare 21 ans domestique. D. R., du 12 au 14 mars. Diamètre P. S. P. 103. — Le 23 à 11 h. 30 du soir, col en voie d'effacement. Le 24 à 1 h. 48 du matin, D. C. On rompt les membranes. Liquide amniotique vert. A 3 h. 33 chloroforme. Introduction d'un ballon Champetier dans le vagin pour dilater les parties molles. A 4 h. 5, symphyséotomie, forceps. L'enfant naît un peu étonné. Poids : 3878. Mort le 15^e jour de broncho pneumonie.

OBSERVATION CIII

1896. N° 361. Juliette J..., I pare, bijoutière. D. R., 25 mai. — Diamètre P. S. P. : 103. Le 29 Février à 10 heures du matin, la dilatation = 2 fr. On rompt les membranes, le liquide est vert.

A 10 heures du soir, introduction d'un ballon Champetier moyen modèle, d'une contenance de 240 gr.

A 11 heures, la dilation est complète, gros ballon dans le vagin, symphyséotomie, forceps, le tout en 25 minutes. C'est un garçon pesant 2945 gr. Il naît un peu étonné, mais est très vite ranimé à l'aide de frictions.

OBSERVATION CIV

1896. — N° 310. La nommée Rose P..., primipare. — La dilatation est complète depuis le 26 à deux heures du matin. Deux tentatives infructueuses de forceps en ville. Elle entre à 9 heures du matin le 27. Bosse séro-sanguine énorme.

A 10 heures, introduction d'un ballon Champetier grand modèle dans le vagin.

A 11 heures, le ballon s'étant vidé d'une partie de son liquide, on le distend de nouveau à son maximum, avant de l'extraire, afin d'obtenir une dilatation plus grande des parties molles. — 11 h. 03, extraction du ballon.

Symphyséotomie, forceps. Enfant naît en état de mort apparente. Désobstruction des voies respiratoires contenant du méconium en grande quantité. Deux ou trois insufflations et l'enfant est ranimé. Garçon du poids de 3.200 gr. sans le méconium qu'il a perdu en grande abondance.

OBSERVATION CV

1896. — N° 730, La nommée Philomène L..., primipare, âgée de 24 ans. D. R., du 8 au 12 août, entre le 3 mai à 9 heures du matin, le col en voie d'effacement. Luxation congénitale de la hanche gauche ; raccourcissement de 3 cent.

A 5 heures, la dilatation est complète. Rupture artificielle des membranes. Liquide vert, bruits du cœur normaux.

A 6 heures introduction dans le vagin d'un ballon Champetier grand modèle distendu du maximum.

L'extraction en est faite avec lenteur et avec une certaine difficulté la vulve étant très distendue. En 8 minutes symphyséotomie et forceps. Extraction du fœtus étonné, ranimé après désobstruction des voies respiratoires et frictions, Poids 3.500 gr.

OBSERVATION CVI

1896. — N° 2018. La nommée Suzanne M..., primipare, entre à Baudelocque à 6 heures du matin le 19 novembre, ayant un commencement de dilatation. D. R., du 8 au 10 février. Diamètre P. S. P. 10, 8.

A 7 h. 30 du soir, introduction d'un ballon Champetier moyen modèle ; expulsion du ballon. A 11 h. 55 introduction d'un second ballon gros calibre. A minuit 21, anesthésie, extraction du ballon sans déchirure. Symphysiotomie. Forceps. Fille du poids de 3.250 gr. en état de mort apparente, vite ranimée.

Dans sa leçon du 7 décembre 93 sur « la symphyséotomie à la clinique Baudelocque. »

M. le professeur Pinard disait :

» L'expérience nous a appris encore que, chez les
» primipares, il est prudent, si non nécessaire, de dilater, lorsqu'on le peut, le bassin mou, le vagin et la
» vulve, à l'aide du ballon Champetier de Ribes, avant
» de pratiquer la section du bassin osseux ; et cela afin
» d'éviter les ruptures des parties molles au moment

» de l'extraction, et de faciliter le passage de l'enfant.»

15 fois on eût recours à cette manœuvre. La manière de procéder est la suivante : au moment où l'on décide de pratiquer la symphyséotomie, le ballon est placé dans le vagin, puis gonflé au maximum. On chloroformise la femme, puis au moyen de tractions lentes et soutenues on tâche d'extraire le ballon.

Deux fois pendant ces manœuvres le ballon éclata. Dans l'observation 101, le ballon produisit une légère déchirure de la région clitoridienne. Malgré la dilatation préalable produite par le ballon, dans l'observation 90, nous voyons le forceps produire une déchirure faisant communiquer le vagin avec la plaie opératoire ; l'urèthre est intact. Chez cette femme les parties molles étaient tellement étroites et tendues qu'il fallut faire une incision latérale du périnée.

Dans ces 15 observations, nous avons enregistré 15 enfants vivants. Pas de décès maternel.

En résumé, cette façon d'agir est très utile, et si malgré l'emploi du ballon des déchirures se produisent, lors de l'extraction du fœtus, nous sommes persuadés que la dilatation préalable n'a pas été inutile et que grâce à elle on obtient le minimum de lésions. En effet, il ne faut pas oublier ici que nous avons affaire à des primipares, et que souvent chez ces femmes au bassin vicié l'orifice vulvaire est souvent étroit. Enfin plusieurs des femmes en question, primipares, avaient 28, 30 ans, ce qui devait d'autant plus engager à faire la dilatation préalable.

CHAPITRE IV

ACCÉLÉRATION DU TRAVAIL. — SIÈGE

OBSERVATION CVII

1898. — N° 1125. La nommée Cl. L..., 23 ans couturière, primipare. Ses dernières règles datent du 23 au 27 septembre.

Les membranes sont rompues depuis le 30 juin à 4 heures du soir.

Elle entre à la clinique le 1^{er} juillet à 4 heures du soir. On constate par le palper une présentation du siège décomplété mode des fesses, dos en avant et à gauche.

L'utérus est cordiforme. Les bruits du cœur fœtal sont normaux. Le col est en voie d'effacement.

Le 2 juillet à 9 heures du matin, le col est complètement effacé ; l'orifice dilaté comme 2 fr. Une main fait procidence ; le siège n'est pas engagé. La procidence étant réduite, on introduit un ballon Champetier grand modèle distendu au maximum. Les contractions deviennent plus fortes. A midi la dilatation est comme une paume de main.

A 2 heures du soir, même état ; on laisse écouler du ballon 50 grammes de liquide ; la dilatation ne progresse pas. Vers 6 heures du soir, contractions très fortes. A

8 h. 30 on ne sent plus les bords de l'orifice ; la femme commence à pousser. Elle expulse son ballon à 8 h. 50. On saisit le pied gauche du fœtus et on l'extrait. L'enfant naît en état de mort apparente et est facilement ranimé. C'est un garçon de 2950 gr.

T° maxima 38°2 le 3° jour.

Dans cette observation le siège décomplété non engagé ne venant pas appuyer sur le segment inférieur, le col qui, à quatre heures du soir, est en voie d'effacement, n'est qu'à 2 fr., le lendemain à 9 h. On introduit un ballon Champetier, et à 8 h. 50 du soir l'enfant peut être extrait vivant.

Nous n'avons trouvé qu'une seule observation dans laquelle on intervint à l'aide du ballon parce que c'était un siège. L'extrémité pelvienne se présentait cependant nombre de fois quand le ballon Champetier fut introduit dans l'utérus ; mais alors il s'agissait soit d'une hémorrhagie due à l'insertion du placenta sur le segment inférieur, soit d'une procidence du cordon ; c'est pour parer à ces accidents que l'on eut recours au ballon. Ces observations ne trouvaient donc pas place ici, mais bien dans les chapitres auxquels elles se rattachent.

CHAPITRE V

ACCÉLÉRATION DU TRAVAIL. — PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

OBSERVATION CVIII

1891. — N° 269. La nommée G..., 39 ans, II pare. D. R., le 6 mai 1890 elle est envoyée à la clinique par un médecin et une sage-femme. Elle dit avoir des douleurs depuis 3 jours. En effet l'utérus est en état de contraction presque permanente ; l'auscultation est nulle. Par le palper on sent la tête dans le flanc gauche. Là, nettement existe de la crépitation osseuse ; à droite et un peu plus en haut, le siège. Par le toucher on arrive directement sur le coude. Les membranes sont intactes. La dilatation est comme 1 fr. On lui fait une piqûre de morphine ; la dilatation marche lentement, car le lendemain 1^{er} mars à 9 heures elle n'est que de 5 fr. A 8 heures du matin les membranes s'étaient rompues spontanément.

A 9 h. 1/4 on introduit le ballon Champetier. A 11 h. 1/4 M. Pinard retire par tractions le ballon qui était déjà fortement engagé par sa grande circonférence dans l'orifice utérin. Détruncation avec les ciseaux de Dubois.

OBSERVATION CIX (*Inédite.*)

1892. — N° 219. M. T..., 33 ans, lingère, VI pare entre à la salle de travail le 17 février 92. La 1^{re} grossesse en mars 1884, 2 garçons ; accouchement à 4 mois 1/2 ; la 2^e juillet 1884, 2 filles à 3 mois 1/2 ; la 3^e mars 1886 garçon à 5 mois 1/2.

En février 91 a fait une fausse couche de 6 semaines.

Grossesse actuelle. D. R., 28 juillet, durée 1 heure ; cette femme a été soumise au traitement mercuriel.

A 6 h. du soir, à son entrée à la salle de travail, la main droite est à la vulve. Battements du cœur très sourds ; col non effacé mais très perméable. Rupture de la poche des eaux à 5 heures du soir.

A 10 h. 1/4 du soir, M. Varnier rétropulse le membre à l'aide de la pince de Champetier, et introduit sous le chloroforme un ballon de Champetier.

Les battements du cœur ont été entendus jusqu'à 1 heure du matin. Sous chloroforme, M. Varnier procède à l'extraction du ballon qui est retenu par l'étroitesse du vagin et une bride cicatricielle très tendue que l'on est obligée d'inciser transversalement. L'extraction a lieu difficilement à 1 h. 30 du matin. Après avoir essayé des manœuvres externes, le fœtus est extrait par version interne ; il est mort pendant le travail ; c'est une fille de 1.400 gr.

OBSERVATION CX

1894. — N° 290 l..., 23 ans, II pare ; 1^o accouchement spontané, D. R..., 25 mai 1893. Elle entre le 20

février perdant un peu de sang. Les membranes se rompent à 1 h. du soir ; présentation de l'épaule. Utérus très rétracté. Enfant vivant.

Le col est largement perméable, les contractions utérines fortes et prolongées.

A 2 heures du soir, introduction du gros ballon Champetier, distendu à son maximum avec 300 gr. A 4 h. 10 minutes, la dilatation est complète ; le ballon est expulsé.

Version par manœuvres internes, fille pesant 2930 gr. qui naît étonnée mais peut être ranimée. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION CXI

1894. — N° 639. La nommée M. L. R..., III pare, âgée de 31 ans, entrée le 23 avril à 1 h. 1/2 du soir. Ses deux premières grossesses se terminèrent spontanément et à terme D. R., du 10 au 15 août 1894. Les membranes se sont rompues le matin ; le liquide était teinté de sang.

L'utérus, à l'arrivée de la parturiente, est en état de contraction permanente et moulé sur le fœtus. — Le toucher ne permet d'atteindre aucune partie fœtale. Sous le chloroforme, on fait le diagnostic de présentation de l'épaule.

A 4 h. 30 du soir introduction du ballon Champetier qui est distendu à son maximum. A 9 h. du soir, 100 gr. étant retirés, le ballon est expulsé, la dilatation étant comme 3 fr. A 9 h. 3 m., réintroduction du ballon qui est de nouveau expulsé à 9 h. 45 ; cette fois la dilatation est complète.

Présentation du fœtus en dorso antérieure. Abaissement du pied droit. Extraction facile. L'enfant du sexe masculin crie 2 minutes après sa naissance. Il pèse 1.920 gr. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION CXII

1894. — N° 191. La nommée E. T..., domestique 23 ans, entrée au dortoir le 21 novembre 1894. III pare; 2 accouchements à terme. D. R., du 10 au 15 mars. Hémorragies fréquentes pendant les premiers mois. Rupture spontanée des membranes le 15 novembre dans la nuit. Développement transversal de l'utérus. Présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieure.

Le 21 novembre à 6 heures du matin, elle entre en travail. Contractions fortes et rapprochées. A 11 heures du matin, la dilatation = 2 fr. La version par manœuvres externes tentée échoue par suite de la rétraction de l'utérus.

A 4 heures, la partie fœtale tend à s'engager; poche des eaux flasque. Introduction du ballon Champetier que l'on distend au maximum. A 5 heures la dilatation a progressé, mais comme le ballon est trop tendu, on retire 60 gr. de liquide. A 5 h. 45, la dilatation est complète, le ballon est dans le vagin, on l'extrait. M. Lepage abaisse le pied gauche ou antérieur.

L'enfant naît un peu étonné, mais rapidement la respiration devient régulière. Poids de l'enfant 1880 gr. c'est un garçon. On le met en couveuse. Il meurt le 8^e jour. Autopsie = hémorrhagie ventriculaire.

OBSERVATION CXIII

1895. — N° 115. L. M..., âgée de 34 ans, D. R..., a son entrée le..... la femme est en travail depuis 2 h. $1/2$; poche des eaux volumineuse arrivant à la vulve. Le fœtus se présente transversalement : siège dans la fosse iliaque gauche ; tête dans le flanc droit. La femme est mise en travers du lit. Brusquement les membranes se rompent et une quantité considérable de liquide est projetée au dehors. La dilatation = 2 fr. Les bruits du cœur ne sont pas entendus, mais en touchant avec les doigts la paroi thoracique du fœtus, on sent le cœur battre.

A 8 h. $1/2$ du matin, introduction du gros ballon Champetier distendu à son maximum. On entend les bruits du cœur ; les contractions d'abord très fortes se ralentissent et cessent presque complètement. A 10 h. 15, on trouve par le toucher que le ballon est très tendu. On ôte 60 gr. de liquide. Quelque temps après, on réinjecte 50 gr. De 11 h. 30 du matin à 1 heure du soir, les contractions sont régulières et énergiques (toutes les 4 à 5 minutes) puis s'espacent davantage.

A 1 h. $1/2$ on pratique le toucher, on trouve le ballon très tendu ; la dilatation n'avance pas, on retire 50 gr. de liquide ; 10 minutes après, réintroduction de 40 gr. d'eau phéniquée.

A 3 heures, rupture du ballon, spontanément. La dilatation est comme une paume de main. Un nouveau ballon ne peut être maintenu dans l'utérus ; il retombe dans le vagin. Dans l'influence des contractions très énergiques, l'épaule a tendance à s'engager.

Version interne très laborieuse, garçon petit, du poids de 1650 gr. Les mouvements du cœur sont lents, inspirations nulles. L'enfant ne peut être ranimé ; il présente des ecchymoses sur la face, les épaules et le tronc. Autopsie : hémorrhagie ventriculaire.

OBSERVATION CXIV

1895 — N° 1298. L. Œ..., 31 ans, teinturière, VI pare, D. R., ? elle nourrissait ; mais elle affirme qu'elle ne peut être enceinte que depuis le 7 décembre 1894. Elle entre dans le service le 9 août à 7 heures du soir. Les membranes se sont rompues la veille à 5 heures du soir. Le fœtus se présente par l'épaule. L'utérus est rétracté ce qui rend le palper assez difficile. On trouve cependant la tête à droite, et les membres en avant. Les bruits du cœur s'entendent sur la ligne médiane un peu au-dessous de l'ombilic.

A 8 heures la femme a des contractions régulières, la T° axillaire est de 38°, 2. A 9 h. 45 M. Funck Brentano applique un gros ballon Champetier.

Après l'introduction du ballon, les bruits du cœur se modifient profondément, mais ils reprennent peu à peu leur rythme normal. Les contractions sont assez régulières mais peu énergiques.

A 11 heures, le toucher montre l'orifice externe large comme une pièce de 5 francs environ. Le ballon est resté bien placé.

A 1 h. 1/2 le ballon a tendance à descendre, et comme il n'a pas été distendu au maximum, on y injecte environ 60 gr. de liquide.

A 5 heures du matin, au moment où on pratique le

toucher, le liquide s'écoule du ballon par une fissure qui vient de se produire. La dilatation a atteint une paume de main, et l'orifice est assez dilatable.

Le liquide du ballon continuant à s'écouler avec rapidité on met la femme dans la position obstétricale pour voir s'il faut remettre un second ballon ou si l'on peut intervenir immédiatement. On constate que la présentation de l'épaule s'est transformée en siège (gauche transversale) qui s'engage rapidement dans l'orifice. On laisse se réveiller la femme qui avait été anesthésiée; elle a des contractions utérines. Quelques temps après, les bruits du cœur se modifient; ils deviennent très lents et sont très difficilement perçus. Le col étant presque entièrement dilatable, on donne le chloroforme à nouveau. Version par manœuvres internes. Au moment où l'ombilic arrive à la vulve, le cordon ne présente plus de battements. L'enfant naît en état de mort apparente. Frictions, désobstruction des voies respiratoires, insufflation, ne peuvent ranimer l'enfant qui est du sexe masculin et pèse 2.000 gr.

L'insertion du placenta est velamenteuse. L'enfant a dû succomber par compression des vaisseaux rempant sur les membranes.

OBSERVATION CXV

1895. — N° 1489. La nommée C. B. III pare, âgée de 38 ans, entre à la clinique le 22 août. 1^{er} accouchement en 1892, siège, enfant mort; en 1893, épaule, version, enfant mort. Grossesse actuelle D. R., du 23 novembre au 2 décembre. On constate une malformation utérine. Version podalique par manœuvres externes.

Le 15 septembre à 2 heures du matin début du travail. A 6 h. 30, la femme est amenée dans la salle de travail. Présentation de l'épaule. Poche des eaux volumineuse que l'on rompt à 7 h. 30 minutes. Liquide vert et épais. Un bras se défléchit, le cordon fait procidence ; après réduction du bras et du cordon, introduction du ballon Champetier. A 8 h. 30, des tractions sont exercées sur le ballon qui se déchire. Version par manœuvres internes. La tête est retenue 20 minutes par l'orifice utérin resserré. L'enfant naît en état de mort apparente ; il est ranimé mais succombe à 9 h. du soir. Son poids est de 3120 gr. Autopsie : hémorrhagie ventriculaire et méningée.

OBSERVATION CXVI

1895. — N° 1709. La nommée D., X pare ; 1^{er} accouchement par le siège, enfant mort pendant le travail ; les 8 autres accouchements normaux. Ses dernières règles sont du 25 au 30 janvier.

Le 27 octobre, à 1 heure du matin, premières douleurs. A 2 heures, rupture spontanée des membranes. On sent un coude au niveau de l'orifice. M^{lle} Roze tente inutilement une version par manœuvres externes.

A 4 heures, on introduit un ballon Champetier. A 9 h. 30, extraction du ballon, dilatation complète. Version interne ; enfant vivant du sexe féminin pesant 2.950 gr. Mère et enfant sortent en bon état.

OBSERVATION CXVII

1895. — N° 1741. (Fonctionnement. P. 42). La nommée M..., âgée de 24 ans. III pare, entre à Baude-locque le 29 novembre à 2 heures du matin. D. R., du 3 au 6 avril. Début du travail le 2 novembre à 10 heures du matin. Elle a perdu du sang depuis 24 heures. Son enfant est vivant.

A 5 h. 30 du soir, la dilatation = 5 fr., insuffisante pour pratiquer la version. On introduit un gros ballon Champetier que l'on distend au maximum. Au préalable les membranes ont été rompues artificiellement.

En 5 minutes la dilatation s'est complétée; on extrait le ballon. Version permettant d'extraire un garçon vivant qui pèse 2.400 gr.

OBSERVATION CXVIII

1896. — N° 261. La nommée T. D..., 28 ans, II pare, entre le 13 février à 8 h. du soir. Père différent.

Ses dernières règles sont du 11 au 14 juillet 1895. De légers écoulements sanguins reviennent chaque mois. Le 11 février, ils sont plus abondants.

Le 13, à minuit, elle perd de l'eau. Depuis ce moment, elle souffre. T° = 38° 2. P. = 120. La dilatation = 50 cent. Présentation de l'épaule, enfant vivant. Toute la nuit, la dilatation reste stationnaire, la femme n'éprouve pas de contractions.

Le 14 février, à 8 h. 30 du matin, on voit la main hors des voies génitales.

A 7 heures du soir, comme la dilatation reste stationnaire et que le liquide est fétide, on introduit le ballon Champetier de Ribes ; on tente doucement, mais en vain de rétropulser le bras. Le ballon est distendu, le bras restant procidant. On entend les bruits du cœur.

A partir de ce moment, les contractions deviennent fréquentes, et le ballon est expulsé à 2 h. 40 du matin.

La femme fait des efforts ; évolution spontanée le 15 à 4 heures du matin. Enfant mort, du poids de 2.100 gr. T° maxima 38° pendant 2 jours.

OBSERVATION CXIX

1897. — N° 866. La nommée H. C..., 48 ans, VIII pare, entre à la clinique le 13 mai. 7 accouchements à terme par le sommet, enfants vivants : nourris au sein maternel.

Les dernières règles sont du 10 au 13 août : L'abdomen est très développé, l'utérus très tendu. H. U. = 51 cent.

Le 17 mai, à 5 h. du matin, les membranes se rompent ; après cet écoulement, l'utérus ne mesure plus que 46 cent. Le fœtus a la tête dans l'hypocondre gauche.

A 11 h. 15 m. du matin, introduction d'un ballon Champetier, grand modèle. A 2 h. du soir, contractions très énergiques. A 4 h. 30 m., la dilatation est presque complète. Le ballon est expulsé. Version par manœuvres internes ; fille, du poids de 4.500 gr., qui naît étonnée, mais est promptement ranimée sans insufflation. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION CXX

1898. — N° 2151. La nommée Claire S..., 32 ans, blanchisseuse, VII pare. Les 1^{re}, 5^e et 6^e grossesses se terminèrent par un avortement vers la fin du 4^e mois. Les 3^e et 4^e grossesses à terme ; présentation de l'épaule, version podalique par manœuvres internes, forceps tête dernière. Les enfants succombèrent 1/2 heure après leur naissance.

Grossesse actuelle. Les dernières règles sont du 1^{er} au 3 mars. Le 7 décembre, à 5 heures du matin, les membranes se rompent. On examine la femme qui n'est pas en travail et n'a pas de douleurs.

A 8 h. du soir, M^{lle} Roze, en faisant sa visite, trouve une température de 38°4. Par le palper, elle sent, dans la fosse iliaque gauche, l'extrémité céphalique ; dos en avant ; l'extrémité pelvienne est perceptible dans la fosse iliaque droite. L'utérus transversalement développé est nettement cordiforme. Au toucher, le col est dilatable à 2 fr., on arrive sur un coude. Le pouls est à 96.

A 7 h. 30, M. Funck introduit un ballon Champetier, grand modèle, qu'il ne remplit pas intégralement.

A 8 heures, on rajoute 150 gr. de liquide dans le ballon. Les contractions sont rares et peu intenses.

A 8 h. 30 m., on rajoute à nouveau du liquide. Les contractions deviennent un peu plus fréquentes.

A 9 h. 50, on trouve la dilatation à peu près complète. On injecte une petite quantité de liquide au ballon, afin de le distendre au maximum, puis on l'extrait doucement. La dilatation est complète.

Version podalique par manœuvres internes ; extraction

d'un garçon vivant, du poids de 3.100 gr. T° maxima 38° le 5^e jour. Mère et enfant sortis en bon état.

Lorsqu'on se trouve en face d'une présentation de l'épaule, il faut se garder, en temporisant, de perdre un temps précieux. Voyez, en effet, dans quelles conditions se trouvent les parturientes dans ces 13 observations :

Les membranes étaient rompues, parfois depuis un temps fort long (5 jours comme dans l'observation 162) ; l'utérus était très dur, fortement rétracté ; le travail avançait très lentement ou restait stationnaire, la partie fœtal qui se présentait appuyant mal sur le segment inférieur, ne sollicitait pas l'orifice à se dilater. L'état de rétraction de l'utérus, ses contractions très fortes restant inefficaces, la rupture utérine était à redouter. Quant au fœtus, dans ces conditions, il devait souffrir beaucoup et même succomber si cet état persistait plus longtemps. De plus le fœtus étant développé jusqu'à terme, lorsqu'il se présente par l'épaule, ne peut sortir spontanément. Dans l'intérêt de la mère, aussi bien que dans celui du fœtus, il fallait agir, aider à la dilatation et rendre possible l'extraction du fœtus.

C'est au ballon qu'on eut recours, et il produisit ce qu'il attendait de lui.

Venant appuyer sur le segment inférieur aussi bien que l'eût fait le sommet du fœtus lui-même, il procura une dilatation rapide. C'est ainsi que l'on vit dans l'observation 167 la dilatation, qui, laissée à

elle-même, avait mis 8 heures pour arriver à 5 fr., sous l'influence du ballon, passer en 5 minutes de 5 fr., à la dilatation complète.

Le ballon, sous l'influence des tractions que l'on fit sur lui pour hâter la dilatation, se déchira une fois; la dilatation était presque complète. Une autre fois (obs. 114) une fissure se produisit. Enfin (obs. 113), le ballon, qui était très tendu une fois dans l'utérus, éclata spontanément. Dans ces 2 cas la dilatation égalait une grande paume de main, mais l'orifice étant dilatable, on put quand même extraire par les pieds le fœtus.

Le ballon fut extrait en un temps moyen = à 4 heures, abstraction faite des 2 observations où il se rompit avant d'avoir pu parfaire complètement la dilatation.

8 enfants furent extraits vivants au moyen de la version interne.

5 enfants morts. Un avait succombé avant l'introduction du ballon Champetier. Chez une autre (obs. 114) la mort du fœtus est attribuable à la compression des vaisseaux rampant sur les membranes, l'insertion du cordon étant vélamenteux.

Malgré un bras procident que l'on ne put réduire, le ballon put être introduit; il tint et mit seulement un peu plus de temps à être expulsé (7 heures).

CHAPITRE VI

ACCÉLÉRATION DU TRAVAIL. — PROCIDENCE DU CORDON.

OBSERVATION CXXI

1892. — N° 1246. M. L..., 23 ans, domestique, primipare, D. R., du 15 au 17 novembre 1891, entre le 26 août 1892 à 5 heures du soir, elle perd de l'eau, dit-elle, depuis une heure environ, enfant vivant, col en voie d'effacement, bassin vicié.

A 8 h. du soir, sous l'influence des contractions, l'orifice utérin est dilatable comme 1 fr. ; à un moment, on constate que le cordon fait procidence dans le vagin ; puis le cordon apparaît à la vulve. Les battements sont très lents.

Immédiatement, à l'aide de la main droite introduite dans le vagin, Mlle Roze procède à la réduction. Il est difficile de porter très haut le cordon en raison du peu de dilatabilité du col. Quand on retire la main, aussitôt il retombe.

Pendant ces manœuvres, les bruits se sont beaucoup modifiés ; ils sont descendus à 48 pulsations. Ne pouvant maintenir le cordon réduit, Mlle Roze introduit un

ballon Champetier qu'elle fait distendre à son maximum.

Quelques instants après, les bruits du cœur ont repris chiffre normal ; ils sont réguliers et bien frappés.

A 4 heures du matin, la dilatation étant complète, la femme ayant des efforts d'expulsion, M. Varnier extrait le ballon, cinq minutes avant cette extraction, les battements fœtaux sont normaux, mais après la sortie du ballon, le cordon ne présentant plus aucun battement, M. Varnier pratique d'emblée une basiotripsie. L'enfant, un garçon, pèse 2700 gr. sans substance cérébrale.

OBSERVATION CXXII

1892. — N° 395. C. D..., 22 ans, domestique, primipare entre le 25 mars à 2 h. du soir. D. R., du 13 au 16 juin 1891. Le palper indique un fœtus très mobile, la tête en bas, le dos à droite. Au toucher, la dilatation est comme 1 fr. ; pendant les contractions qui sont peu fréquentes, la poche des eaux est très tendue, et la tête s'applique sur le détroit inférieur. Entre cette tête et les membranes, on sent le cordon descendant à droite et un peu en arrière et formant dans cette poche un paquet gros comme un œuf de poule. Essais infructueux et rétropulsion.

A 2 h. 20 minutes introduction d'un ballon Champetier gonflé à 200 gr. La tête reste en place, et les battements du cœur fœtal qui étaient un peu irréguliers redeviennent immédiatement excellents. Petit à petit le ballon est rempli au maximum : 500 gr., et très rapidement la dilatation devient complète à 5 heures. — Chlo-

roforme. — Le ballon est retiré très lentement, mais la vulve est tellement étroite qu'il est impossible de l'extraire plein.

Après cette extraction, la main introduite dans le vagin rompt les membranes pendant que l'on maintient la tête. Une anse tombe dans la main, elle est facilement remontée et accrochée au bras. Il y a un circulaire autour du cou. Application de forceps.

Extraction d'un fœtus de 2.820 gr. du sexe masculin qui naît en état de mort apparente mais est vite ranimé. Etat de la mère et de l'enfant à la sortie : bon.

OBSERVATION CXXIII

1894. — N° 1673. X..., primipare, âgée de 23 ans, entre à la clinique le 5 septembre 1894.

Ses dernières règles datent du 6 au 9 janvier. Le fœtus se présentant par le siège, on fait la version céphalique par manœuvres externes et on applique la ceinture eutocique.

Le 11 octobre à 10 h. 15 min. du matin on trouve le col incomplètement effacé, dilatable comme 0 fr. 50. Les membranes sont intactes, poche tendue, tête élevée. Dans la poche, on trouve un paquet de cordon animé de battements. M. Varnier remonte le cordon. Introduction en avant du ballon Champetier. Rupture accidentelle des membranes à ce moment. Liquide vert, battements irréguliers; on compte 95. A 5 heures du soir, contractions peu fréquentes, bruits du cœur régulier de 138 à 146.

8 h. du soir, contractions plus fortes, dilatation stationnaire. On retire à 10 h. 80 gr. de liquide. A 10 h. 30 min.

la dilation égale une paume de main. On ajoute 80 gr. de liquide.

A 11 h. 25 dilatation complète. Version interne ; fille vivante pesant 2.730 gr.

OBSERVATION CXXIV

1891. — N° 740. La nommée B..., 29 ans, couturière III pare ; D. R. 27 septembre 1890 entre dans la salle de travail le 9 juin à 5 heures du soir, ayant perdu les eaux deux heures auparavant. Le fœtus se présente par le siège ; le col n'est pas entièrement effacé.

A 5 h h. 1/2 M. Potocki fait la version par manœuvres externes, et ramène la tête en bas ; en pratiquant le toucher, on constate que la tête reste très élevée, et que le cordon fait procidence.

A 5 h. 44 minutes, introduction du ballon Champetier de Ribes, après rétropulsion.

A 11 h. 1/2 la dilatation est complète et le ballon est expulsé.

Version par manœuvres internes ; garçon vivant pesant 2450 gr. Mère et enfants sortis en bon état.

OBSERVATION CXXV

1891. — N° 1581. M. L..., âgée de 27 ans, II pare, D. R., le 3 mars 90, entrée à la clinique le 9 décembre à 8 h. 50 minutes du matin. Elle a perdu les eaux en très petite quantité à 5 heures et a perçu immédiatement après les premières douleurs. Au palper, l'utérus est presque

constamment tendu. Auscultation négative ; tête au fond de l'utérus. Au toucher on sent le pied droit dans la vulve, la jambe et le genou sont au-dessous de l'orifice utérin. Pied gauche immédiatement au dessus de l'orifice. Outre le membre inférieur droit, on trouve dans le vagin une anse de cordon qui arrive à la vulve. Il y a environ 20 à 30 centimètres de cordon prolabé. Le cordon ne bat pas. Dilatation entre 2 et 5 francs :

Quelques instants après, on perçoit des battements dans le cordon ; ils augmentent de fréquence, et à un moment donné, on compte 100 à 110 pulsations. Mais ce rythme ne tarde pas à se modifier, et les battements deviennent lents et irréguliers.

La femme est mise en travers du lit. Avec la main gauche M. Potocki essaye de rétropulser le cordon senti à pleine main ; cette rétropulsion est assez difficile, car au fur et à mesure qu'une portion de cordon rentre dans l'utérus, une portion voisine redescend dans le vagin. Au bout de 3 à 4 minutes, cette rétropulsion est à peu près définitive. Le pied gauche a été repoussé en même temps ; quant au pied droit, la main droite l'a repoussé dans le vagin, la jambe remonte, le genou rentre dans l'utérus et la jambe se fléchit : toutes les procidences sont réduites. La main gauche qui est restée en place maintient la réduction. A aucun moment on n'a senti les battements du cordon.

Le ballon Champetier est alors introduit dans l'utérus vers la gauche. Lorsqu'il est aux trois quarts rempli, le cordon se glisse entre le ballon et les parties maternelles. La main gauche repousse de nouveau le cordon au-dessus du ballon que l'on gonfle rapidement au maximum. La procidence demeure réduite. Tractions sur le ballon pour le faire appuyer bien exactement sur le segment

inférieur de l'utérus. Auscultation négative. Il est 9 h. 20 minutes.

A 10 h. 45 minutes le robinet du ballon est trouvé ouvert ; on retire le ballon vide. Le pied droit redescend à la vulve.

La dilatation est complète. On extrait le fœtus. — Enfant mort-né du sexe masculin pesant 2450 gr. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION CXXVI

1891. — N° 708. La nommée Ca..., 36 ans, V pare, entre le 12 mai. D. R., 6 août 1890. On sent la tête dans l'hypochondre droit, le siège dans la fosse iliaque gauche, et les petites extrémités vers le fond de l'utérus. Le 18 mai, version par manœuvres externes, application de la ceinture. Le 31 mai la tête a glissé de nouveau. On applique la ceinture.

Le 3 juin à 6 heures du matin, la parturiente enlève sa ceinture et vient dans la salle de travail. Le col est long. La femme a des douleurs.

A 7 heures les membranes se rompent spontanément, et le liquide entraîne un paquet de cordon. Le fœtus se présente par son plan latéral droit. On rétropulse le cordon et la version par manœuvres externes est tentée inutilement à deux reprises.

Alors à 7 h. 30 minutes, introduction du ballon Champetier de Ribes. La dilatation se fait rapidement, et à 8 h. 50 minutes du matin extraction au moyen de la version par manœuvres internes d'un garçon du poids de 3.920 grammes, qui naît en état de mort apparente mais est vite ranimé à l'aide de l'insufflation.

OBSERVATION CXXVII

1891. — N° 822. Le..., 34 ans, II pare, D. R., 31 juil.; cette femme n'a que 11 cent. de promonto-sous-pubien. Elle entre le 23 avril. La tête est dans l'hypochondre gauche où elle détermine de la douleur. Pas d'albumine. Les jours suivants on fait des versions par manœuvres externes; malgré la ceinture la tête file de nouveau à gauche puis à droite.

Le 25 juin à 9 h. 1/2. M. Pinard trouve le col largement perméable, et, engagé dans le col, un paquet de cordon qui bat peu; il fait introduire immédiatement un ballon Champetier. La dilatation se fait rapidement puisque 20 minutes après M. Potocki peut faire une version par manœuvre interne et extraire une fille vivante du poids de 3.980 grammes. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION CXXVIII (*Inédite.*)

1892. — N° 841. P., R., III pare, D. R., du 1^{er} au 3 août, entre le 7 juin dans la salle de travail, l'enfant se présente par le siège décomplété mode des fesses. Le col, à son entrée, 10 h. du matin, est effacé. Pendant la première période de dilatation, à diverses reprises, on sent à travers les membranes bombantes dans un orilice largement perméable, le cordon animé de battements. Cette anse se trouve située en avant derrière la symphyse du pubis.

On essaye à diverses reprises de rétropulser le cordon

à travers les membranes ; il retombe. Les battements du cœur restent bons.

A 5 h. 10 minutes du soir, M. Lepage introduit un gros ballon Champetier ; il le distend au maximum.

Les douleurs s'accroissent. A 7 heures sous l'influence de tractions modérées, le ballon est expulsé. La dilatation est complète ; on rompt artificiellement les membranes. M. Lepage va à la recherche du pied gauche qu'il abaisse et il extrait facilement à 7 heures du soir une fille vivante, du poids de 4.070 grammes.

Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION CXXIX (*Inédite.*)

1892. — N° 1295. La nommée A., M., G., III pare, D. R., ? entre le 7 septembre à 10 h. du matin. Elle ressent des douleurs depuis 5 h.

Le palper fait sentir la tête dans la fosse iliaque droite, l'autre pôle dans l'hypocondre gauche.

Au toucher, on constate une dilatation comme 2 fr. La poche des eaux intacte, piriforme, constamment tendue, bombe dans le vagin.

M^{lle} Roze, fait la version par manœuvres externes et ramène la tête vers l'excavation après avoir rétropulsé le cordon que l'on sentait nettement à travers la poche des eaux.

A 11 h. 30 du matin on rompt artificiellement les membranes ; le toucher fait sentir le cordon à nouveau procident. C'est la face qui se présente. A plusieurs reprises la réduction du cordon est tentée ; il retombe toujours. Il présente des battements, et les bruits du cœur sont absolument normaux.

A midi la dilatation étant toujours à 2 fr., les bords de l'orifice facilement dilatables, introduction d'un gros ballon Champetier ; on injecte environ 360 grammes de liquide.

A 2 h. 30 du soir, modification des bruits du cœur, qui deviennent faibles et irréguliers. On sent dans le vagin une nouvelle procidence que l'on réduit à plusieurs reprises, mais au bout de quelques instants, le cordon cesse de battre ; l'auscultation devient nulle ; on extrait le ballon. Le cordon s'était glissé entre le ballon et l'orifice. La tête, déplacée, est de nouveau ramenée au détroit inférieur.

A 3 h. du soir expulsion d'un garçon mort-né, du poids de 2.100 grammes.

Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION CXXX

1894. — N° 373. M. Ti..., 35 ans, II pare. Premier accouchement à terme ; application de forceps ; enfant mort à 20 mois.

Grossesse actuelle : D. R., du 16 au 20 mai 93. Cette femme est amenée à la salle de travail le 7 mars 1894 à 8 heures du soir, venant de perdre les eaux. On trouve dans le vagin, en pratiquant le toucher, un paquet de cordon descendant jusqu'à la vulve, et l'on constate qu'il présente des battements. Le col est long, aucune partie fœtale n'est accessible, la tête est au niveau de l'ombilic.

M^{lle} Roze essaie de rétropulser le cordon, mais elle n'y parvient pas ; elle fait alors prendre à la femme la position genupectorale et arrive à le remonter dans le col.

La femme recouchée, on sent que le cordon est redescendu ; on la fait remettre à genoux et on fait une seconde fois la rétropulsion, puis M^{lle} Roze essaie d'introduire un ballon Champetier, mais, ayant la main engourdie, elle n'y parvient pas.

A 8 h. 30, M. Varnier introduit le gros ballon Champetier que l'on distend à son maximum. Les bruits du cœur du fœtus sont normaux et restent bons pendant toute la période de dilatation.

A minuit 20, la dilatation est complète, le ballon est expulsé, mais, derrière lui, le cordon vient à la vulve.

Application de forceps faite rapidement, l'enfant, du sexe masculin, est extrait en état de mort apparente, du poids de 2.650 gr. Les battements du cœur sont presque imperceptibles ; aucun mouvement d'inspiration.

Tractions rythmées de la langue ; quelques inspirations. Les battements du cœur deviennent bons, puis s'affaiblissent. Les tractions sont continuées jusqu'à 3 h., mais l'enfant succombe à 3 h. 45. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION CXXXI

1897. — N° 328 (Fonctionnement 97. p. 48). La nommée J. C..., 30 ans, VII pare, entre le 21 février, à 1 h. du soir. Taille petite. Diamètre P. S. P. = 11 cent. D. R... ? Les membranes se sont rompues le 20 février, à minuit, avant l'apparition des premières douleurs.

A l'entrée, le col est complètement effacé ; la face se présente en M. I. G. ; au niveau de l'orifice utérin on sent le cordon ; les battements sont forts et réguliers. Réduction de la procidence et introduction d'un gros

ballon Champetier de Ribes, distendu avec 300 gr.

Après cette intervention, les battements du cœur sont à 124. A 6 heures du soir, la femme fait quelques efforts. Le ballon est expulsé. La dilatation est complète. Version par manœuvres internes, extraction d'un enfant, du sexe masculin, vivant, du poids de 2.300 gr. Mère et enfant sortis en bon état.

Le ballon Champetier dans les procidences est employé dans un double but : empêcher la procidence de se reproduire et permettre à l'accouchement de se terminer normalement.

Les procidences peuvent se produire dans deux conditions différentes : ou la rupture des membranes est effectuée et le cordon est dans le vagin, ou bien un paquet de cordon se trouve dans la poche des eaux qui bombe.

Dans le premier cas, si la réduction manuelle de la procidence est en général assez facile, la récurrence ainsi que le montrent les observations que nous rapportons, se produit avec non moins de facilité. D'un autre côté, que la poche des eaux vienne à se rompre, le paquet de cordon va tomber dans le vagin, réalisant ainsi la première condition.

Les membranes étaient rompues dans 7 cas avant que l'on introduise le ballon.

4 fois elles étaient intactes, mais l'introduction du ballon produisit leur rupture accidentelle.

Quel va être le rôle du ballon ? obturer l'orifice, faire pour ainsi dire bouchon, empêchant de la sorte le cordon de descendre.

Il est nécessaire pour cela qu'il soit distendu au maximum du premier coup.

En effet, lorsqu'il est incomplètement gonflé il peut arriver (obs. 125 et 129) que le cordon glisse entre le ballon et les parties maternelles. Une petite manœuvre, que nous croyons utile consiste à faire de *légères* tractions sur le ballon, lorsqu'en injectant le liquide il est sur le point d'être distendu au maximum. On obtient ainsi que le ballon appuie parfaitement et que l'extrémité du ballon vienne à la manière d'un coin s'enfoncer dans l'orifice.

Le ballon sortit en moyenne 4 heures après son introduction, produisant une dilatation complète. Lorsque le ballon, les membranes étant rompues avant son introduction, après avoir dilaté et franchi l'orifice utérin se trouve dans le vagin, il arrive assez souvent que le cordon suive le ballon dans sa descente et qu'on le trouve à nouveau dans le vagin après l'expulsion du ballon. C'est, qu'en effet, à ce moment le ballon ne joue plus le rôle de bouchon, mais par contre en cessant d'obturer le segment inférieur, il a ouvert la voie à l'accoucheur, et lui a supprimé les obstacles venant des parties molles, qui avant l'introduction du ballon l'empêchaient d'intervenir immédiatement pour terminer l'accouchement, par la méthode que les circonstances et la présentation lui dictent.

L'emploi du ballon a donné les résultats suivants : Sur 12 cas, y compris l'observation 93 qui a trait à ce chapitre :

9 enfants vivants, dont 1 mourut une heure après malgré des tractions rythmées de la langue.

3 enfants morts; dans 1 cas les battements du cordon avaient cessé lorsqu'on introduisit le ballon; dans 1 autre (obs. 125) le ballon ne fit pas son œuvre; le robinet s'ouvrit et le ballon dégonflé laissa passer le cordon entre lui et les parties maternelles.

Les conditions sont de beaucoup meilleures lorsqu'on agit les membranes étant intactes, c'est une circonstance heureuse; lorsque le ballon est sorti, la dilatation étant complète, si le fœtus se présente par le sommet, faites bien appuyer par un aide le sommet sur le segment inférieur et rompez les membranes; la tête s'engageant viendra faire même office et meilleur office que le ballon. La procidence ne pourra plus se reproduire.

CHAPITRE VII

ACCÉLÉRATION DU TRAVAIL. — HÉMORRHAGIE.

OBSERVATION CXXXII

1893. — N° 658. La nommée X., primipare, âgée de 30 ans, entre le 7 mai 1893, à 3 h. 10 du soir. D. R., du 1^{er} au 3 août. Perte de sang le 15 septembre 1892 ; depuis, elle perdait périodiquement du sang, tous les mois ou toutes les six semaines, en quantité variable. Dix jours avant son entrée, elle eut une hémorrhagie plus abondante pendant le sommeil ; l'hémorrhagie dura un quart d'heure.

Le 5 mai, nouvelle hémorrhagie qui survint brusquement : l'écoulement sanguin fut continu jusqu'à son entrée à la clinique.

On constate alors : tête, dans la fosse iliaque droite, retenue par le placenta sur lequel elle repose. Auscultation nulle ; cette femme dit ne plus sentir remuer son enfant depuis trois jours ; mais elle sent, par moment, une boule se former à la région ombilicale.

Au toucher, dilatation comme 2 fr. ; les bords de l'orifice sont souples. De nombreux caillots remplissent le vagin et l'orifice, en même temps que s'écoule, par les

organes génitaux, une quantité assez considérable de sang. Les membranes sont rompues, la malade ignore depuis combien de temps. On arrive sur une portion de placenta décollé, à droite, sur la ligne médiane.

A 3 h. 10 du soir, M. Lepage applique le gros ballon Champetier pour arrêter l'hémorrhagie et compléter la dilatation.

Expulsion du ballon à 3 h. 40, suivie de l'issue de quelques caillots de sang liquide.

Ne voulant pas faire la version à cause de la rétraction utérine et de la mort de l'enfant, Basiotripsie à 3 h. 50. Fille du poids de 1940 gr. sans la substance cérébrale. T° maxima 38° 2 le 4^e jour.

OBSERVATION CXXXIII

1893. — N° 516. La nommée A. P..., 29 ans, femme de ménage, ses dernières règles datent du 22 juillet 1892. Elle est III pare. Ses deux premières grossesses se terminèrent spontanément et à terme.

Vers la fin de février, cette femme perdit du sang pendant trois jours, peu abondamment et sans douleur. Elle se sentait plus fatiguée que pendant ses autres grossesses, mais elle ne souffrait pas.

Le 10 avril, elle perd les eaux à 10. du soir sans douleur. Aussitôt après, le sang se met à couler à flots. Vers 1 heure du matin elle entre en douleurs. Une sage-femme constate une procidence du cordon et croit devoir appliquer un tampon en introduisant 3 bourdonnets de coton, mais l'hémorrhagie continue, et on se décide à conduire la femme à Baudelocque.

A son entrée dans la salle de travail, le 11 avril à 8 h. 10 m. du matin, cette femme perd du sang en grande quantité ; le facies est décoloré, le pouls petit ; en pratiquant le toucher, on retire les trois petits bourdonnets de coton et 460 gr. de sang et de caillots. On constate une procidence du cordon.

Le col est perméable comme une pièce de 2 fr. A droite et en arrière du col, on arrive sur une portion de placenta décollé.

Introduction immédiate du gros ballon de Champetier de Ribes à droite et en avant, après avoir eu soin de refouler la tête à gauche. Les contractions deviennent énergiques et en quelques contractions le ballon est expulsé. La tête s'engage et l'hémorrhagie s'arrête aussitôt.

En quelques contractions la femme expulse un fœtus, du sexe masculin, pesant 2.850 gr. et paraissant avoir succombé au début du travail. Délivrance artificielle, injection intra-utérine. T° maxima 38°7 le 2° et le 15° jour. Sortie en bon état.

OBSERVATION CXXXIV

1894. — N° 854. A. G..., II pare, 35 ans entre le 17 avril. D. R. : du 1^{er} au 3 août. Entre dans le service parce que depuis quinze jours elle perd du sang par intermittence.

Le 17 avril écoulement de sang peu abondant et qui s'arrête facilement.

Le 4 mai écoulement de sang durant seulement quelques heures.

Le 26 et le 27 mai nouvelle hémorrhagie.

A 3 heures du matin le 27, elle a quelques contractions douloureuses, on l'amène à la salle de travail. A 4 heures les douleurs continuent accompagnées d'un léger écoulement sanguin. A 6 heures 30 on rompt les membranes ; il se produit une procidence du cordon qui est réduite de suite ; la tête descend un peu, mais décolle le placenta.

On introduit un ballon Champetier distendu au maximum.

A 2 heures du matin, malgré l'emploi du ballon, la femme perd toujours du sang puis l'hémorrhagie s'arrête ; le ballon est descendu et fait bien tampon.

A 9 heures 35, P. = 112. La dilatation comme une pièce de 5 fr. La femme est mise dans la position obstétricale. Le placenta descend avec le ballon. On retire puis on réinjecte 50 grammes de liquide, mais le ballon crève.

Le placenta et le cordon descendent. M. Wallich introduit la main dans l'utérus et va à la recherche du pied pour l'abaisser et le laisser à la vulve, mais il est gêné par le placenta décollé en partie qui est dans l'orifice. Le cordon, dont les battements sont perceptibles, est refoulé aussi haut que possible.

A 10 heures l'enfant fait quelques inspirations qui se succèdent toutes les 30 secondes. L'extraction est tentée quitte à l'interrompre si la résistance de l'orifice utérin est trop considérable. Manœuvre de Mauriceau sans trop de difficulté ; Enfant du sexe féminin du poids de 2900 grammes, extrait à l'état d'asphyxie blanche. On perçoit quelques battements cardiaques. On ne peut le ranimer. T° maxima 38°2 le 3^e jour.

OBSERVATION CXXXV

1894. — N° 1935. La nommée M. J..., III pare, âgée de 29 ans. D. R., fin janvier. Première hémorrhagie pendant 2 heures le 20 septembre. Deuxième hémorrhagie assez abondante le 24 octobre jour de son entrée, troisième hémorrhagie le 8 novembre ; 4^e le 16 novembre. Du 16 au 25 novembre, tous les deux jours environ, écoulements sanguins répétés.

Le 25 novembre à 4 heures du matin écoulement sanguin léger mais continu, à 7 h. 1/2 du matin, expulsion de quelques caillots. P. = 116. Le vagin est rempli de caillots ; la femme est très pâle. Le sang recueilli depuis 7 heures du matin pèse 1.150 grammes. Le col est perméable ; une portion du placenta décollé recouvre l'orifice. La main est introduite en entier dans le vagin ; les doigts n'atteignent les membranes qu'en haut et à droite. La rupture artificielle est faite à ce niveau. Le liquide amniotique est très vert. Immédiatement introduction d'un gros ballon Champetier distendu au maximum. A partir de ce moment, la femme ne perd plus une goutte de sang. Les bruits du cœur sont normaux. Les contractions utérines sont fréquentes et énergiques.

A 9 h. 20 on pratique le toucher, et on extrait le ballon qui est dans le vagin. La tête est très élevée. Abaissement du pied ; le cordon se trouvant au niveau de l'orifice, on extrait rapidement le fœtus du poids de 3.640 gr., il est en état de mort apparente. On le ranime au bout d'une demi-heure. C'est une fille. Mère et enfant sortis en bon état.

OBSERVATION CXXXVI

1896. — N° 211 (Voy. Fonctionnement 96. P. 85).
Ce. V..., II pare, âgée de 29 ans entre dans le service le 8 février. D. R., 5 juin (?) Elle dit avoir eu la veille au soir les premières douleurs. Une sage-femme pratiqua la rupture artificielle des membranes. « Il s'écoula d'abord, dit la femme, une grande quantité d'eau, puis du sang. » Elle entre à 10 heures du matin à Baudelocque sur le conseil d'un médecin.

Elle perd du sang en abondance, et le cordon fait issue hors du vagin. On sent que le placenta est décollé en grande partie sur le côté gauche.

Réduction manuelle du cordon, introduction d'un ballon Champetier grand modèle, que l'on retire car la procidence se reproduit. Ce n'est qu'à la quatrième tentative que M. Pinard parvient à réduire la procidence du cordon.

Le ballon est alors distendu à son maximum. Dès que le ballon est gonflé, la femme ne perd plus une goutte de sang. On croit entendre encore les bruits du cœur, mais ils sont très irréguliers. Une demi-heure après on n'entend plus rien.

A midi on enlève environ 80 grammes de liquide du ballon. A 1 heure 30 la femme a envie de pousser. On trouve le ballon dans le vagin, il est extrait. Version. Enfant mort-né non macéré du poids de 2870 grammes du sexe masculin.

OBSERVATION CXXXVII

1896. — N° 2216. La nommée E. S..., IV pare 31 ans, blanchisseuse, cette femme travaillait beaucoup chez elle. Elle entre le 22 décembre à 5 heures du soir. D. R., fin mars.

Sommet, tête très élevée. Au toucher on tombe immédiatement sur le placenta décollé ; à l'aide de la pince de Stapfer, on déchire les membranes en haut et en avant, très difficilement, car elles sont très épaisses.

Introduction d'un ballon Champetier grand modèle ; l'hémorrhagie diminue, cependant un léger suintement continu se fait autour du ballon. A l'entrée le pouls était à 80. Les battements fœtaux sont bons, puis deviennent sourds. A 9 heures on ne les entend plus.

A 7 h. 10, l'utérus étant en état de contraction permanente, on retire 60 grammes de liquide du ballon, mais la dilatation ne va pas plus vite ; vers 9 heures, on injecte à nouveau 100 grammes de liquide.

Vers 11 h. 10 du soir le ballon crève ; le liquide qu'il contenait s'écoule, et le ballon est expulsé.

La dilatation est presque complète. La tête appuie fortement, et à 11 h. 30 la femme, que l'on fait pousser, expulse un fœtus du sexe masculin mort, du poids de 2.216 grammes.

Après l'expulsion du fœtus, la femme ne perd plus de sang. Le cordon est inséré sur le placenta à l'angle formé par les deux masses décollées. Le ballon l'a donc comprimé. Suites de couches : T° Maxima 38°8 pendant 1 j.

OBSERVATION CXXXVIII

1897. — N° 194 (Voy. Fonctionnement 97. P. 102).
La nommée P. E..., 36 ans, charbonnière, V pare. D. R.,
du 27 mai au 1^{er} juin. T = 37°9. Entre le 1^{er} février, à
11 h. 30 du matin ; la veille elle a eu une hémorrhagie
considérable. Mauvais état général. P = 120, elle est
dans un état de malpropreté extrême. Facies pâle.

Par le toucher on arrive sur une portion du tissu placen-
taire décollé. On rompt largement les membranes et
introduit un ballon Champetier grand modèle. Injection
de 100 grammes de sérum salé. A 1 h. 30 du soir fris-
son. A 3 heures état général meilleur, lèvres colorées. A
5 heures du soir, le ballon commence à se dégager, en-
trainant avec lui le lambeau placentaire décollé qui ap-
paraît à l'orifice vulvaire. Version interne, extraction
d'un garçon mort, non macéré du poids de 2.750 gr.
Sérum salin. T. 36°8. P. = 124. Sortie en bon état.

OBSERVATION CXXXIX

1897. — N° 1480 (Voy. Fonctionnement 97. P. 103).
C. E... 36 ans, IX pare, D. R., 26 novembre. Deux hé-
morrhagies au mois d'août. Elle entre à la clinique
Baudelocque le 19 août au matin ayant eu dans la nuit
une abondante hémorrhagie. La femme est très faible ;
face amaigrie et décolorée. P. = 136 ; T° 36°,6.

Le fœtus se présente par le sommet ; le col est dila-
table comme 2 fr. Le placenta est en partie décollé
à gauche, et pendant dans le vagin. L'hémorrhagie conti-
nue ; rupture artificielle des membranes qui sont épaisses,

accessibles seulement en haut et à droite au-dessus de la symphyse pubienne.

On introduit le gros ballon Champetier, l'hémorrhagie s'arrête. Injection de 1000 grammes de sérum salin. Les contractions deviennent énergiques. A 3 heures le ballon n'a aucune tendance à s'engager. On en retire 150 grammes de liquide ; il est expulsé immédiatement de l'utérus. La tête s'engage à 5 h. 50, expulsion, d'un garçon, mort du poids de 3150 grammes. Poids = 132. T° = 37°.

OBSERVATION CXL

1897. — N° 2.006, G. B., 34 ans, laveuse, IV pare n'a jamais eu ses règles depuis sa dernière grossesse ; elle nourrissait son troisième enfant. Pendant la gestation, le 1^{er} novembre à 2 heures du matin elle a une hémorrhagie abondante qui dure jusqu'au mardi 3 novembre. Aucun traitement sauf le repos.

Elle entre le 9 novembre, à 10 heures du soir, perdant à nouveau du sang.

Au palper on trouve un fœtus la tête en bas, le dos à gauche. On sent même à travers la paroi comme une résistance molle interposée entre les pubis et la tête fœtale qui ne peut s'engager.

Au toucher le col est presque effacé, à travers son orifice dilatable comme 2 fr., on suit le bord du placenta dans toute l'étendue qui correspond à la moitié gauche du bassin ; il paraît décollé sur une étendue d'environ 1 centimètre à partir de son bord libre. A gauche du placenta on sent la tête recouverte des membranes. Les battements du cœur du fœtus sont bons. Injections chaudes.

A minuit 1/4, hémorrhagie. P = 116. A partir de cette heure on constate à la vulve un suintement peu abondant mais continu. Le pouls oscille entre 108 et 116. Les injections chaudes sont inefficaces.

A 1 heure 15 minutes du matin la tête est toujours élevée, sans tendance à s'engager. On ne sent plus que du placenta à travers le col, la tête ayant tendance à décoller le placenta. Les membranes sont atteintes assez haut et rompues artificiellement. Introduction d'un ballon Champetier grand modèle dans lequel on injecte 500 gr. de liquide.

A partir de ce moment, la femme ne perd plus ; en outre les contractions qui n'étaient apparues qu'à minuit 30, deviennent fréquentes et énergiques.

A 4 h. 5, le ballon est expulsé, la dilatation est complète ; le sang recommence à couler, le pouls est à 120 ; on sent au-devant de la tête un petit membre que l'on reconnaît être le pied. La version étant rendue impossible par l'immobilisation de la tête, M^{lle} Roze réduit le pied.

La femme pousse, mais son placenta s'oppose toujours à la descente de la tête. La femme continue à perdre, on lui injecte 450 grammes de sérum ; son pouls d'abord à 130 redevient à 120.

Application de forceps au détroit supérieur en G. T., puis délivrance artificielle. Injection intra-utérine ; 500 grammes de sérum salin. L'enfant, du sexe féminin pesant 2250 grammes naît étonné ; il est vite ranimé mais meurt quelques heures après sa naissance.

OBSERVATION CXLI

1897. — N° 828 (Voyez Fonctionnement 97. P. 102).
Eugénie L., âgée de 25 ans, III pare ; 2 enfants à terme,
le 1^{er} spontanément, pour le 2^e forceps.

Ses dernières règles sont du 20 au 27 septembre 1898.
Ayant déjà eu une hémorrhagie 15 jours auparavant,
cette femme entre le 6 mai perdant depuis la veille. Elle
est dans un état syncopal. Injection de 500 grammes de
sérum salé, grogs, injections vaginales chaudes. L'hé-
morrhagie cesse. P. = 68. La femme repose et ne souffre
pas. La malade qui, à son entrée, n'avait dans ses urines
que des traces d'albumine, est sondée après son injec-
tion de sérum, elle a alors 2 grammes d'albumine.

Le 6 mai au matin T° = 36°6. P = 112.

Le 10 dans la journée suintement sanguin ; à 10 h. 45
du soir, hémorrhagie très abondante. P = 120. L'injec-
tion qu'on lui donne à 48° sort remplie de caillots ; elle
arrête l'hémorrhagie. A minuit le sang recoule de nou-
veau. P = 148. 500 grammes de sérum. Le vagin est
rempli de caillots. La dilatation = 1 f. Les membranes
qui sont épaisses ne peuvent être atteintes qu'à droite
derrière la symphyse ; on les déchire : du sang rouge
s'écoule en assez grande abondance. Introduction du
ballon Champetier distendu au maximum. 500 grammes
de sérum salin.

A 1 h. 1/2 du matin les contractions apparaissent.
A 1 h. 3/4 le ballon est expulsé et 5 minutes après un
fœtus macéré du sexe féminin pesant 2840 grammes.
Curetage le 4 mai. — Sortie en bon état.

OBSERVATION CXXXXII

1897. — N° 903. (V. Fonctionnement 97. P. 60). La nommée D. M..., âgée de 30 ans entre le 23 mai à 11 h. 35 du matin ayant perdu du sang et de l'eau depuis 2 heures du matin. D. R., du 18 au 21 août. Présentation de l'épaule gauche, dos en avant. P. = 120, T° = 37° 4. Les battements fœtaux sont sourds et irréguliers, incomptables. Le vagin est rempli de caillots, on y trouve le membre supérieur gauche. La dilatation = 5 fr. Réduction du bras très œdématisé qui retombe, l'utérus étant très rétracté, on ne peut pas le reporter très haut. La femme perd beaucoup.

On introduit le gros ballon Champetier. La femme ne perd plus. A 2 heures du soir on retire 70 gr. de liquide. Les battements du cœur fœtal sont bien frappés jusqu'à 3 h. 30, puis ils deviennent irréguliers, oscillants entre 70 et 135. Le toucher fait constater que le ballon n'appuie pas sur l'orifice à cause de la présence de la main. On remet dans le ballon les 70 gr. retirés précédemment. A 5 h. 40 du soir, M^{lle} Roze retire 30 gr. pour faire avancer la dilatation.

La femme fait quelques efforts. On remet les 30 gr. de liquide. A 5 h. 45 le ballon est expulsé. La dilatation est complète. Version interne, garçon vivant du poids de 3570 gr. Mère et enfant sortis en bon état,

OBSERVATION CXLIII

1898. — N° 2139. La nommée Jeanne C..., âgée de 28 ans, ménagère VI pare. Sauf la 4^e grossesse qui s'est

terminée par un avortement de 4 mois, tous les autres accouchements se firent spontanément et à terme.

Grossesse actuelle. Les dernières règles datent du 11 au 16 mars. — Elle entre à la clinique le 5 décembre 1898.

Il y a 6 semaines, vers 3 heures du matin, cette femme a été éveillée parce que, dit-elle, elle s'est sentie mouillée par un liquide chaud. — Expulsion de nombreux caillots. — Injections chaudes par le mari. Repos au lit pendant 8 jours; il se fait toujours un petit écoulement sanguin par la vulve; elle garde encore le repos pendant 8 jours, puis se lève. La nuit suivante, nouvelle hémorrhagie plus forte que la première, injection chaude, repos 15 jours.

Le 29 novembre, 3^e hémorrhagie plus abondante encore que les précédentes. Un médecin ordonne des injections chaudes, puis 4 cuillerées par jour d'eau de Lechelle. L'écoulement sanguin diminue, mais comme elle continue à perdre, le docteur l'envoie à Baudelocque.

Elle est amenée à la salle de travail le 5 décembre à 4 heures du soir. Examen : tête en bas, mobile. Le col est dilatable comme 5 fr. Le segment inférieur est épaissi en arrière. L'orifice est un peu en avant. On arrive sur le placenta qui affleure l'orifice. Les membranes, rugueuses, sont rompues largement en avant; une faible quantité de liquide amniotique s'écoule. La température est à 37°. P. = 100. La femme perd toujours du sang. Injection chaude.

Introduction d'un ballon Champetier. Les contractions d'une durée de 20 secondes reviennent toutes les 2 minutes. L'écoulement sanguin s'est arrêté.

A 6 h. 20 le ballon est dans le vagin et la dilatation est complète. Pendant que l'on extrait le ballon, la tête, légèrement déviée à gauche est maintenue par un aide

au niveau du détroit supérieur. La tête s'engage et à 6 h. 25, la femme accouche d'un garçon vivant, pesant 2430 gr. Mère et enfant sortis en bon état.

Dans son mémoire de 1888, M. Champetier de Ribes concluait en disant qu'il pensait que son ballon pourrait servir dans les cas de décollement prématuré du placenta inséré sur le segment inférieur. Ses prévisions furent réalisées, c'est une des plus belles applications du ballon Champetier que celle qui est faite pour hémorrhagie liée à l'insertion du placenta, sur le segment inférieur, cette terrible hémorrhagie qui, suivant l'expression de Simpson, « faisait plus de victimes que la peste et la fièvre jaune ». Nos recherches relatives aux hémorrhagies ayant cette origine se trouvent divisées en deux parties. Une partie se trouve relatée au chapitre : « *accouchements provoqués*, auquel nous prions le lecteur de vouloir bien se reporter ». Les injections vaginales sont parfois suffisantes pour arrêter l'hémorrhagie, mais cette pratique est souvent inefficace ; si la femme reperd à nouveau, il faut rompre les membranes, largement, de manière qu'il n'y ait plus de tiraillements du placenta par les membranes et en particulier par le chorion. La rupture de ces membranes est parfois très laborieuse ; très souvent, par le toucher le doigt n'arrive que sur des cotylédons placentaires, et c'est en avant, parfois très haut, derrière la symphyse qu'il faut aller les chercher avec le doigt. En outre, ces membranes, sont en général,

épaisses, rugueuses, résistantes, ce qui rend parfois leur rupture difficile. Parfois cette pratique suffit pour arrêter l'hémorrhagie, mais le sang peut recommencer à couler. Il reste alors à faire quelque chose de plus, d'autant que certaines femmes, pendant la grossesse (Voyez accouchements provoqués pour hémorrhagie) aussi bien que pendant le travail, sont rendues exsangues par les hémorrhagies répétées ou abondantes, et peuvent succomber rapidement à la suite d'une nouvelle déperdition sanguine même légère.

Sans perdre de temps, il faut introduire un ballon Champetier de Ribes, gros modèle, qui agit à la fois en complétant rapidement la dilatation, et en arrêtant l'hémorrhagie. En effet lorsqu'on le gonfle, il agit comme un compresseur refoulé de dehors en dedans ; il refoule la portion du placenta déjà décollée vers un des côtés du segment inférieur, et c'est à la portion libre d'adhérences qu'il va demander de parfaire la dilatation, sans augmenter par conséquent le décollement placentaire, cependant qu'il comprime efficacement les vaisseaux béants. Enfin prenant la place de la partie qui s'engage, il la relève légèrement, il empêche le décollement du placenta de se produire par le passage à frottement de cette partie fœtale. (Obs. 124 et 140) Le ballon Champetier produit, d'après ce que nous venons de dire, le tamponnement *rationnel* de l'utérus. Recourir au tamponnement vaginal, est un moyen aussi illusoire qu'inefficace.

Une fois le ballon gonflé, nous disent les observations, la femme ne perd plus une goutte de sang. Exception faite de deux cas :

Dans l'observation 134, le ballon était très élevé et n'appuyait pas sur le segment inférieur ; on retira une petite quantité de liquide ; le ballon descendit et le sang s'arrêta. Dans l'observation 137, un léger suintement sanguin se produisit. Au surplus, dans ces deux cas, le ballon se rompit et peut-être faut-il voir dans leur inefficacité relative, un défaut de construction.

Sur ces 12 cas, on obtint :

4 enfants vivants (1 mourut 24 heures après).

8 enfants morts : (1 était macéré ; un autre était mort avant l'introduction du ballon).

Quant à *la mortalité maternelle, elle est nulle* ; chez une femme après curetage la température redevint normale ; 4 autres eurent pendant un jour 38° 2 puis la température redevint normale.

CONCLUSIONS

1° L'indication de l'emploi des divers modèles de ballons dépend de l'étendue de la dilatation à provoquer ; cette dilatation doit être elle-même mesurée aux dimensions de ce qui est appelé à traverser les parties molles. Etant donné les dimensions de chaque modèle de ballons,

Les petits ballons sont suffisants pendant la première moitié de la grossesse.

Les moyens ballons doivent être employés dans la deuxième moitié sauf les 2 derniers mois.

Les gros ballons doivent agir pendant les deux derniers mois.

2° Le ballon Champetier de Ribes provoque le travail en un temps assez court.

3° Il est absolument sans danger pour la mère.

4° Lorsque le gros ballon est convenablement manié, la dilatation doit être complète lorsqu'il est expulsé.

5° Le ballon arrête *complètement* l'hémorrhagie due à l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

6° Dans les procidences du cordon, tant que le ballon est dans le segment inférieur, il empêche la

procidence de se reproduire ; lorsqu'il descend, il n'est plus efficace, mais alors il a rendu la dilatation complète ce qui permet d'intervenir.

7° Il accélère beaucoup le travail lorsqu'il appuie convenablement sur le segment inférieur.

8° Les ballons Champetier de Ribes rendent des services multiples dans la pratique obstétricale, en particulier dans les cas toujours redoutables d'hémorrhagie, de procidence du cordon, etc. ; aussi doivent ils figurer dans l'arsenal obstétrical de tout praticien.

Vu :

Le président de la thèse,
PINARD.

Vu le doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CHAMPETIER DE RIBES. — *Annales de gynécologie* décembre, 1888.
- LEFEBVRE. — *Gazette médicale de Paris*, juin 1888.
- G. LEPAGE. — Concours médical, août 1891.
- PINARD. — *Annales de gynécologie*, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899.
- Clinique obstétricale, Paris 1899.
- PINARD et G. LEPAGE. — Fonctionnement de la clinique Baudelocque, années de 1888 à 1899.
- RIBEMONT DESSAIGNES et G. LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*.
- VARNIER. — *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1890, 1892.
- WALLICH. — *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1896.

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES
